Clínica y Laboratorio

REVISTA ESPAÑOLA
DE CIENCIAS MÉDICAS

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



Tomo LXIX *Año XLV*

ZARAGOZA

MCMLX

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960

LA BRUCELOSIS EN HUESCA

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO

POR EL

DR. RAFAEL GARBAYO ARAIZTEGUI

JEFE PROVINCIAL DE SANIDAD

HUESCA

ESTA comunicación que tengo el honor de presentar a la Real Academia de Medicina de Zaragoza tiene como fin el exponer a la más alta institución profesional de Aragón una recopilación actualizada de datos y comentarios epidemiológicos sobre el grave problema sanitario que sigue suponiendo para nuestra zona rural la infección brucelósica. Es un triste privilegio que abarca a las tres provincias aragonesas y que se extiende a las colindantes de Navarra y Castilla.

Para los que inician una labor sanitaria en la región, como nos ocurrió a nosotros hace veinte años, constituye una verdadera sorpresa el descubrir la enorme incidencia de morbilidad de la fiebre de Malta, incidencia superada únicamente por las infecciones virígenas de curso cíclico y aparición estacional. En el año 1943 publicamos un opúsculo con los datos recogidos en el cuadrienio anterior, destacando los quinientos cuarenta y un enfermos declarados en 1940, cifra que afortunadamente señaló la cúspide en la curva y no ha vuelto a ser alcanzada posteriormente.

Desde entonces, y por considerar que merecía el asunto ser insistido para conocer las razones epidemiológicas que mantienen el problema, hemos ido acumulando material estadístico y circunstancias de cada uno de los casos declarados. La ficha que los médicos cumplimentan para cada enfermo, es una sucinta historia de las particularidades observadas en la fase inicial de la infección, relacionadas, sobre todo, con las características ambientales que le rodean. Así se han reunido en el transcurso de los veinte años comprendidos entre 1939 y 1958, cinco mil novecientas catorce fichas, cifra que, por su volumen, puede dar valor estadístico a las observaciones recogidas.

En las II Jornadas Médicas Aragonesas, celebradas en Zaragoza el año 1953, el tema de la Sección de Medicina fue el de «Brucelosis», por considerarla como la infección más frecuente de la zona rural, desplazando a otras como tifoideas o tuberculosis, de mayor abolengo sanitario. Y es que en éstas, las medidas profi-

Conferencia pronunciada en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el 5 de noviembre de 1959.

lácticas, el saneamiento rural, la mejora del nivel de vida y los tratamientos, han dado su fruto, tanto en el orden individual como en el social. En la brucelosis, por tratarse de una zoonosis propagada al hombre, los factores adversos son tan numerosos, que impiden por ahora iniciar una lucha con garantía de éxito.

Comencemos el estudio señalando el número de enfermos habidos en las tres provincias aragonesas durante el quinquenio 1940-44:

Año	Zaragoza	Teruel	Huesca
1940	505	636	541
1941	326	863	330
1942	344	808	435
1943	249	628	297
1944	194	477	232

Estos datos de hace quince años, coincidentes con los calamitosos de nuestra postguerra, pueden servir de patrón para conocer la evolución seguida por la enfermedad, ciñéndonos en nuestro estudio a la provincia de Huesca.

NÚMERO DE CASOS DECLARADOS

Año 1945	206 casos	Año 1952	326 casos
» 1946	240 »	» 1953	407 »
» 1947	247 »	» 1954	250 »
» 1948	354 »	» 1955	218 »
» 1949	381 »	» 1956	212 »
» 1950	309 »	» 1957	279 »
» 1951	355 »	» 1958	233 »

La primera consecuencia que podemos deducir de las cifras expuestas, es que la enfermedad no tiende espontáneamente a disminuir. Cierto que la cifra más alta corresponde al año 1940, con 541 enfermos; pero en el descenso escalonado de los años sucesivos se observan brotes ascensionales, que en buena epidemiología quieren decir mayor cantidad de contagios por mayor número de receptibles o por mayor facilidad en la difusión, pero no una atenuación en la virulencia del germen, que sería el mecanismo seguro que terminara con la endemia. En los años 1942 y 1953 los casos aumentaron sensiblemente, y en los intermedios la curva se mantuvo en altibajos sin relación alguna de constancia en su desarrollo. Durante el último quinquenio la incidencia ha sido relativamente baja, fenómeno que ocurrió también durante el período 1943-47.

Características de la endemia

La permanencia constante de cualquier enfermedad infecciosa en una región hace que sus caracteres epidemiológicos sufran variaciones, que son fruto de la diversa receptibilidad de sus moradores y de los diversos factores exógenos que acompañan siempre a su difusión, factores que pueden obrar tanto en pro como en contra. Pero, considerada la brucelosis como una zoopatía transmisible al hombre, entran en juego unos nuevos valores, que son, en definitiva, los que marcan la marcha de la infección humana.

Suprimiendo de una zona los animales susceptibles de infectarse y de llegar a ser reservorios de brucelas, la enfermedad humana desaparece espontáneamente, por rotura de la cadena contagiante y agotamiento de la virulencia del germen,

que necesita para conservarse el pase constante por su elemento natural de crecimiento, que es un organismo animal determinado y específico. La enfermedad humana puede considerarse como un accidente circunstancial en el ciclo evolutivo del germen, que se amolda a vivir temporalmente en un medio que no es el más propicio para su desarrollo. Por esta razón, los contagios interhumanos son raros y, sobre todo, insuficientes para mantener un estado endémico.

De las fuentes de infección que mantienen la enfermedad en Huesca, hay que dar la importancia primordial al ganado ovino (ovino y caprino), relegando a muy segundo término el vacuno y prescindiendo en absoluto de los demás animales domésticos, aunque sean susceptibles de infectarse, como ocurre con caballos, cerdos, perros, gatos, etc. Cuando, por exámenes en masa, se descubren esas infecciones, hay que pensar que son tan accidentales en ellos como las formas humanas, y no considerar a esos animales como reservorios habituales y fuentes de la infección.

A nuestro juicio, tanto en nuestra provincia como en toda España, el ganado bovino no desempeña función de importancia en la difusión de la enfermedad. Le damos una gran beligerancia epidemiológica porque así lo señalan los estudios y trabajos alemanes, ingleses y del Norte de Europa; pero sin pararnos a meditar que es posible que en nuestro país no la tenga en la misma proporción.

En primer lugar, y volviendo a ceñir el problema exclusivamente a Huesca, el 93 por ciento de las seroaglutinaciones (humanas) positivas se refieren al tipo de brucelas *melitensis*, quedando en ese 7 por ciento restante las de *abortus Bang*, las dudosas y las falsas reacciones. Puede muy bien admitirse que si las vacas se infectan y abortan, lo sean por el tipo *melitensis* en su permanente contacto con el material infectante de cabras y ovejas, y no por el *abortus Bang*, que, siendo el específico de ellas, no se descubre. Si esta conjetura es cierta, no siendo un germen vacuno, este ganado no lo retiene en su organismo de modo permanente, y basta alejarlo del ambiente contagiante para que quede suprimido como fuente de infección y propagación.

Vega Villalonga publicó en 1952 unas cifras elocuentes, referentes al censo ganadero de España y la morbilidad brucelósica por provincias durante el quinquenio anterior:

La provincia con mayor índice de morbilidad es Navarra, con 64'87 enfermos por 10.000 habitantes, siguiéndole Logroño, con 64'47; Teruel, con 63'81; Huesca, con 61'63; Guadalajara, con 53'51, y Zaragoza, con 33'01.

Hasta veinte provincias tienen una morbilidad superior a 10 por 10.000, descendiendo el índice muy rápidamente, pues ya suman veinticinco las de morbilidad inferior a 5 por 10.000. Pueden considerarse como libres de endemia, por ser su índice inferior a 1: León, Valladolid, Segovia, Baleares, Burgos, Guipúzcoa, Palencia, Santander, Pontevedra, La Coruña, Lugo, Tenerife, Vizcaya, Oviedo y Las Palmas. Estas dos últimas, con incidencias de 0'03, indican que tuvieron dos enfermos en el total de los cinco años estudiados.

El censo ganadero en las tres especies que nos interesan: bovina, ovina y caprina, da una cifra global de *treinta y cinco millones de cabezas*, no guardando relación su distribución por provincias con el número de enfermos humanos. Lugo es la que más ganado vacuno posee, con 567.000 cabezas, seguida de Asturias, con 401.000; La Coruña y Santander. En ganado ovino, son las dos provincias extremeñas las que ocupan los primeros lugares, y a continuación, Soria, Toledo y Salamanca. En cuanto al caprino, es también Cáceres la primera, seguida de Soria, Granada, Badajoz y Ciudad Real.

El área nacional infectada de brucelosis humana es totalmene independiente de la densidad ganadera que encierra, por lo menos en cuanto a relación numérica; las circunstancias favorecedoras habrá que buscarlas en particularidades climáticas o ambientales, naturaleza del terreno o costumbres de vida, pero sin relación alguna con el mayor número de animales receptivos. Un dato de interés, que corrobora la hipótesis señalada anteriormente, de excluir al ganado vacuno como fuente de brucelas, es el hecho de que las provincias de mayor riqueza bovina y que pastan libremente por toda su geografía, rica en hierbas frescas, como son las Vascongadas, Santander, Asturias y Galicia, son, sin embargo, de muy poca morbilidad humana, ya que, excluída Alava, las restantes acusan cifras inferiores a un enfermo anual por cada 10.000 habitantes.

Sexo y edad.—Nuestros datos provinciales, referidos al total de 5.914 enfermos, nos indican que 4.172, el 70'5 por ciento, fueron varones.

La distribución por edades es la siguiente:

	N.º DE CASOS	INDICE %
Menores de 5 años	3	0'05
De 6 a 10 »	11	0'19
» 11 a 15 »	210	3'50
» 16 a 20 »	290	5'00
» 21 a 25 »	270	4'50
» 26 a 30 »	643	10'7
» 31 a 35 »	887	14'8
» 36 a 40 »	909	15'1
» 41 a 45 »	894	14'9
» 46 a 50 »	606	10'4
» 51 a 55 »	622	10'3
» 56 a 60 »	331	5'5
De más de 61 »	238	3'9
TOTAL	5.914	

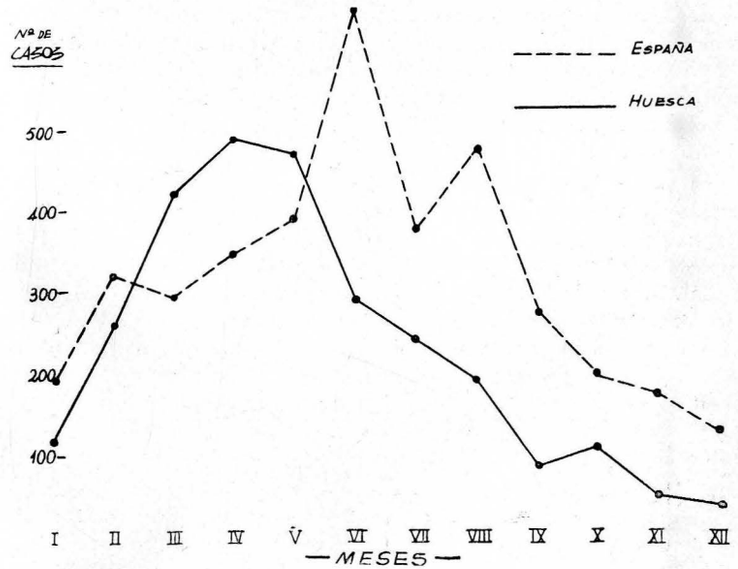
En los diez primeros años se diagnostican pocos enfermos, bien porque exista una particular resistencia, tal como ocurre para esta misma infección en los organismos animales, o bien porque la enfermedad adquiera caracteres clínicos confundibles con otros procesos infantiles de tipo benigno; además, en esos primeros años suelen los niños permanecer más alejados de la fuente de contagio.

A partir de los trece años, el niño ya suele compartir la escuela con sus primeros pasos en el trabajo campesino; se va haciendo agricultor y ganadero, entra en contacto con el material infectante, y su probabilidad de enfermar aumenta en más de veinte veces. No obstante, es desde los veintiséis años cuando la morbilidad asciende extraordinariamente, y se mantiene alta hasta los cincuenta y cinco, pudiéndose afirmar que, en Huesca, el límite de cuarenta años que es corriente fijar como término en la mayor exposición, debe considerarse ampliado en otros quince, debido, quizá, a que hasta esta edad conservan los varones sus plenas facultades y actividades para el trabajo. Aun los de sesenta y más años, tienen una incidencia bastante elevada, comparable a las de los veinte a veinticinco.

Incidencia estacional.—Durante el decenio 1949-1958, el total de enfermos brucelósicos declarados en la provincia fue de 2.873, y su distribución por meses fue la siguiente:

Enero	129	Julio	248
Febrero	270	Agosto	188
Marzo	435	Septiembre	85
Abril	501	Octubre	113
Mayo	489	Noviembre	64
Junio	302	Diciembre	49

Comparando la gráfica de Huesca con la general de España, se observa que no siguen la misma trayectoria. En la gráfica de la nación, el número de enfermos va aumentando durante los dos primeros meses del año, para estabilizarse relativamente durante la primera y ascender bruscamente en el mes de junio, hasta señalar su máxima incidencia anual. A partir de ese momento se inicia un descenso suave, pero ininterrumpido hasta los últimos meses. En la curva de Huesca, el acmé se adelanta a los meses de abril y mayo formando la meseta de primavera, a partir de la cual el descenso también es constante hasta noviembre y diciembre, que, al igual que en la total de España, son los meses de menor incidencia.



La observación de las fichas epidemiológicas permite hacer un comentario que pudiera explicar las características locales de la endemia oscense:

No creemos que la sensibilidad humana a la infección sufra en el curso estacional del año cambio suficiente para explicar el aumento de casos por mayor receptibilidad. La infección no es de las de tipo virógeno o de las transmisibles por el aparato respiratorio, donde se da tal fenómeno por disminución de las defensas orgánicas y precisamente en primavera y otoño. En la brucelosis, el organismo humano o es totalmente inmune, por haber padecido anteriormente la infección aunque fuera inaparente, o es totalmente sensible y expuesto a infectarse en cualquier momento. La explicación habrá de buscarse en modificaciones de los otros dos eslabones de la cadena epidemiológica: mayor virulencia del germen o mayor facilidad de dispersión y contagio.

Es en los comienzos de la primavera cuando el estiércol acumulado durante el invierno en las cuadras y corrales se traslada al campo para que actúe como abono orgánico. La manipulación de ese material infectante, sin adoptar ninguna medida higiénica y de limpieza, constituye el mecanismo ideal para difundir una infección, que se contagia principalmente a través de la piel erosionada y a través de las mucosas de las vías respiratorias. La importancia que se le daba al contagio por vía digestiva ha perdido mucho valor y actualmente sólo se admite para los enfermos de las ciudades, calculándose que por vía digestiva se necesita siete veces más material infectante que por vía cutánea. Nustras observaciones en el campo permiten asegurar que los contagios por ingestión son poco frecuentes, tanto en lo que se refiere a consumir leche cruda como a los productos derivados de ella. En estos pueblos altoaragoneses, la clasificación profesional pura no existe prácticamente, no pudiendo, por tanto, hacer una distribución de enfermos según su trabajo habitual. La inmensa mayoría de sus habitantes son labradores, y dentro de ese concepto primordial hay que admitir que en las cuadras de su propio domicilio se alojan algunas cabezas de ganado, principalmente caprino y ovino, teniendo una relación constante con esas reses y sus residuos.

Los casos que se presentan en primavera hay que atribuirlos a contactos con el estiércol acumulado durante meses y donde los brucelas se mantienen virulentos por las óptimas condiciones de calor y humedad que encuentran en ese medio de cultivo. Más adelante, al hacer el estudio de la distribución geográfica de la endemia por la provincia, expondremos unos datos que parecen confirmar nuestro criterio sobre esta primera fuente de infección.

También se inicia en los meses de febrero y marzo el período de los partos en el ganado, y, por consiguiente, las fuentes de infección aumentan; el material infectante (placenta), con nuevas cepas en plena virulencia, sigue contaminando los materiales orgánicos de los establos, y la incidencia humana alcanza su mayor altura anual. A partir del mes de mayo, aunque los partos del ganado ovino-caprino continúan teniendo lugar, los rebaños permanecen en el campo durante muchas horas, y las cuadras han quedado limpias de estiércol; la dispersión ha disminuído, y el contagio se reduce a los contactos directos con un ganado alejado de los núcleos urbanos. Como consecuencia de ello, la curva inicia un descenso lento, que se mantiene hasta el final, siendo los cuatro últimos meses los menos contagiantes del ganado.

El que la gráfica de Huesca sea distinta a la general de España, no es una simple coincidencia, y debe dársele el valor estadístico que merece. Podría considerarse como falsa y sujeta al error probable de toda representación matemática si el hecho hubiera ocurrido circunstancialmente un año, o si las cifras que se han manejado fueran reducidas; pero cuando la observación se ha mantenido durante diez años consecutivos y el total de casos observados se aproxima a los tres mil, es que hay una razón constante que influye en la forma de la gráfica, debiendo ser ésta considerada como reflejo de la realidad.

En la general de España, la curva representa dos cúspides, en los meses de junio y agosto, debidas probablemente a especiales características epidemiológicas distintas a las de Huesca.

Distribución geográfica.—Al hacer el estudio epidemiológico tomando como base los datos de un decenio, éstos permiten afirmar que toda la provincia debe considerarse como infectada de brucelosis. En nuestro primer trabajo sobre la materia, publicado en 1943, se recopilaron los datos del cuatrienio anterior, y entonces el 53 por ciento de los municipios (ciento ochenta y ocho) habían tenido enfermos.

En el decenio actual, el número de municipios afectados por la endemia ha aumentado a doscientos cuarenta y dos, que representan ya el 69 por ciento del total de la provincia. No habiendo ninguna razón peculiar que distinga epidemiológicamente a los que en el decenio no han padecido la infección, todos los municipios, a excepción de la capital, Jaca y Barbastro, deben ser considerados como focos brucelósicos en potencia.

Tanto Huesca (capital) como Jaca y Barbastro, aun siendo poblaciones de poco censo, no tienen ya las características rurales del resto de la provincia. Sus viviendas reúnen mejores condiciones de construcción y distribución; los servicios higiénicos (abastecimiento de agua potable y alcantarillado) están completos; funciona una policía sanitaria, y, sobre todo, ya no existe la convivencia constante con el ganado doméstico como en la zona agrícola. En estos núcleos urbanos, los enfermos melitocócicos ya no aparecen (salvo excepciones) en los meses de abril y mayo, y este hecho, que aproxima su curva a la general de España, indica que el mecanismo de contagio es totalmente distinto al del ambiente rural que ocupa la región.

En el total de noventa y siete enfermos declarados durante el decenio para las tres ciudades señaladas, la incidencia estacional ha sido la siguiente:

Enero	0	enfermos	Julio	24	enfermos
Febrero	0	»	Agosto	19	»
Marzo	1	»	Septiembre	3	»
Abril	6	»	Octubre	0	»
Mayo	13	»	Noviembre	2	»
Junio	29	»	Diciembre	0	»

El contagio de estos casos ha tenido lugar principalmente por vía digestiva. En ellos no ha habido contactos directos con el ganado, y el material infectante hay que buscarlo en los productos contaminados que, procedentes de la comarca rural, consumen en su alimentación. De ellos, los más destacados son el queso y la mantequilla, mucho más que la leche natural, que se consume generalmente hervida, si bien no hay que olvidar el papel tan importante que pueden desempeñar los helados como agentes difusores, ya que en su proceso de fabricación suele emplearse la leche *cruda*, que a baja temperatura conserva los brucelas en las mejores condiciones de virulencia y agresividad.

La mayor abundancia de leche corresponde a la época en que se generalizan los partos del ganado, ya bien entrada la primavera, y es también cuando la fabricación de los derivados lácteos entra en su mejor fase industrial y de consumo, coincidente con los meses de verano. Es, pues, en esos meses cuando aparecen los enfermos que han sido infectados por dicha vía de contagio y cuando se agudiza la endemia en las ciudades.

En la distribución de los enfermos por la provincia hay una curiosa relación geográfica y estacional, que conviene señalar. Y es debida a que la provincia de Huesca presenta una división muy acusada en tres zonas totalmente distintas en orografía, climatología, medios de vida y costumbres de sus moradores. La «alta montaña», formada por los valles pirenaicos, de clima frío y nieve abundante, con pueblos situados entre los 900 y 1.200 metros de altitud y cuya riqueza son la ganadería y la explotación forestal. Esta zona puede limitarse, al Norte, por la frontera francesa, y al Sur, por una línea ideal que cruzará transversalmente pasando por Campo, Aínsa, Boltaña y Sabiñánigo. En estos valles, el ganado vacuno, muy abundante, permanece estacionado en las localidades, pastando durante todo el año

en los prados del término municipal y generalmente en régimen comunal; en cambio, el ganado lanar, que también constituye una de sus principales riquezas, lleva régimen trashumante, pasando el invierno en comarcas más templadas y regresando al valle durante el mes de mayo, hasta el mes de octubre.

La «zona baja», la más meridional, comprendida entre el límite de la provincia con Zaragoza y Lérida y una línea que fuera desde Tardienta, pasando por Grañén y Monzón, hasta Tamarite de Litera. Esta zona es la de mayor riqueza agrícola: tierras de regadío permanente, con clima templado y donde se cultiva, además de cereales, toda clase de plantas de huerta, frutales (principalmente almendros), olivos y arroz. Es también la más poblada, con núcleos de 1.500 a 3.000 habitantes, y una importante población que vive de modo constante en fincas y granjas que están diseminadas por todo el término.

Esta comarca es la de menor censo ganadero, y tanto el vacuno como el lanar permanecen, en general, estabulados, alimentándose de los pastos verdes o secos que producen las propias fincas.

La «zona media» es la más pobre y la más extensa de las tres. No tiene riqueza forestal, y sus tierras son de secano, con cultivo primordial de cereales, olivos y algo de vid. En ella existe poco ganado vacuno, que necesita pasto más selecto, siendo abundante el ovino y cabrío, que permanece estabulado en los bajos de las viviendas humanas, y pasta durante el día en rebaño comunal.

Según datos suministrados por el Servicio de Ganadería, el censo ganadero de Huesca es de 800.000 cabezas, repartidas en esta forma: ganado vacuno, 34.000; ovino, 650.000, y caprino, 116.000.

Y su distribución por las tres zonas mencionadas, es la siguiente:

	Vacuno	Ovino	Caprino
Zona de montaña	16.000	462.000	46.000
Zona media	6.000	115.000	53.000
Zona baja	12.000	73.000	17.000

Durante el primer trimestre de cada año se observa el comienzo ascendente de la curva brucelósica afectando principalmente a las dos zonas extremas de la provincia: la montañesa y la baja. La razón hay que buscarla en que en esa época tienen lugar los abortos del ganado vacuno infectado, y ese material, extraordinariamente virulento, da lugar a la agudización de la endemia humana. Esos primeros brotes, aunque ocasionados por el brucela melitensis, como lo demuestran las pruebas serológicas, son transmitidos por las vacas, que, infectadas con varios meses de anterioridad, no acusan más síntoma clínico de la infección que el aborto. Por eso se da el caso curioso de que en la zona montañesa los primeros enfermos se presentan cuando el ganado lanar lleva ausente de la región varios meses. El mismo mecanismo contagiante debe admitirse para la zona meridional, en la que, aunque el ganado menor permanece estabulado, los casos aparecen al poco tiempo de tener lugar los partos prematuros vacunos.

A partir de marzo, y hasta mayo, es cuando los enfermos se multiplican, señalando el acmé de la morbilidad anual, y es también cuando surgen los casos en la zona media, a la vez que se van amortiguando en la montaña. Entonces, el ganado vacuno, como elemento contagiante directo, pasa a segundo término; es el momento de manejar el estiércol para llevarlo a las tierras de cultivo, y es también cuando tienen lugar en forma masiva los partos en ovejas y cabras, multiplicando extraordinariamente los focos infectivos.

En mayo y junio, el número de enfermos de las zonas media y Sur comienza a disminuir, y ya los que aparecen lo hacen en forma esporádica y no en brotes. Pero como en esos meses el ganado trashumante vuelve a los pastos de montaña, tiene lugar en esa zona una segunda infección, con curva bien manifiesta y que dura hasta final de julio. A partir de entonces, y hasta la terminación del año, el número de enfermos se va reduciendo paulatinamente en toda la provincia, siendo los meses de noviembre y diciembre los de mínima morbilidad.

Los enfermos residentes en Huesca (capital), Jaca y Barbastro es raro que aparezcan antes del mes de julio, y el peligro se mantiene hasta septiembre.

Conclusiones

Con los comentarios que anteceden hemos querido dar una explicación epidemiológica al desarrollo de la endemia brucelósica en la provincia de Huesca. La observación objetiva de lo ocurrido durante un decenio ha permitido exponer, con posibilidades de acierto, las razones por las que la infección se ha desenvuelto en la forma que lo ha hecho. Hemos visto que en su ciclo anual no sigue las mismas características de morbilidad que la curva general española, y este hecho, que se ha repetido constantemente en el período observado, no podía ser fruto de un azar fortuito, admitiendo, pues, como cierto, que era debido a circunstancias locales específicas, que se ha intentado puntualizar.

Pueden sentarse como conclusiones epidemiológicas las siguientes:

1.ª La provincia de Huesca ocupa el límite NE. de la zona brucelósica más intensa de la nación, zona integrada por las tres provincias aragonesas, Navarra, Logroño y Guadalajara.

2.ª Toda la provincia está infectada, variando únicamente la distribución anual dentro de sus límites geográficos.

3.ª La brucela tipo *melitensis* es prácticamente el único germen causante de la endemia humana.

4.ª Las fuentes directas de infección están en el ganado lanar y cabrío, debiendo considerarse al ganado vacuno como factor infectante circunstancial, aunque también muy efectivo.

5.ª La endemia se mantiene en límites de morbilidad constantes, sin que pueda apreciarse un descenso efectivo y duradero.

6.ª La letalidad ha quedado reducida al 0'8 por ciento, merced a la eficacia de los nuevos tratamientos específicos.

RESUMEN

Se analizan las características de morbilidad brucelósica en Huesca y su provincia, que son distintas a las de la curva general española, y se apuntan mecanismos de contagio y de infección típicos y de enorme interés para la limitación de esta endemia.

Domicilio: General Franco, n.º 8. Huesca.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960

UNIVERSIDAD DE MICHIGAN. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, SECCIÓN DE NEUROCIRUGÍA.
ANN ARBOR (MICHIGAN).

TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA POR DERIVACIÓN VENTRÍCULO-VENOSA, MEDIANTE EL EMPLEO DE LA VÁLVULA DE HOLTER

POR EL

DR. KENNETH W. CARRINGTON, M. D.

ANN ARBOR (MICHIGAN, EE. UU.)

La hidrocefalia ha constituído siempre un problema para los médicos desde que empezó a practicarse la Medicina. La importancia y complejidad del problema puede deducirse de los numerosos procedimientos intentados para su tratamiento.

El interés por la resolución de este problema se ha recrudecido en el curso de estos diez últimos años, gracias a la validez de diversos materiales plásticos. En este período de tiempo, el procedimiento de MATSON [6] de la ureterostomía subaracnoidea significó un gran avance en el tratamiento de esta enfermedad. Este proceder, no obstante sus definitivos inconvenientes, fue el que estimuló y sirvió de guía a las sucesivas investigaciones de otros métodos de tratamiento.

Durante el último año y medio, la mayor parte de los casos de hidrocefalia vistos en el Centro Médico de la Universidad de Michigan han sido tratados mediante la derivación ventrículo-venosa, utilizando la válvula de Holter. La derivación del líquido céfalorraquídeo del ventrículo lateral a la aurícula derecha del corazón se ha hecho siguiendo la vía de la vena yugular interna. La válvula de Holter, empleada para ello, está concebida en forma que impide el reflujo de la sangre al ventrículo cerebral.

Este trabajo constituye un informe sobre los cinco primeros casos tratados en el Servicio de Neurocirugía. Este procedimiento fue ideado, defendido y utilizado por vez primera por el doctor EUGENE SPITZ [13], del Hospital de niños de Philadelphia, y por el doctor FRANK NULSEN, del Western Reserve University Medical School y del Hospital Universitario de Cleveland.

HISTORIA

La mayoría de los médicos están acordes en que el método mejor para el tratamiento de cualquier enfermedad será aquel que menos perturbe el proceso normal del organismo.

En 1895, fue GÄRTNER [2, 5] el primero que sugirió que el mejor tratamiento médico sería el de establecer una conexión entre el sistema ventricular y sistema venoso o linfático de la cabeza o cuello.

PAYR [9], en 1908, presentó tres casos de anastómosis ventrículo-venosas. El ventrículo lateral fue anastomosado al seno sagital superior, utilizando un segmento

venoso. No hubo reflujo sanguíneo al ventrículo, pero todos los pacientes sucumbieron en los cuatro meses siguientes al tratamiento. Más tarde, en mismo PAYR [10] refirió y divulgó la conexión del ventrículo lateral con la vena yugular interna. Tres de los ocho pacientes tratados obtuvieron excelente resultado.

Siguiendo esta orientación, ENDERLEN [1], KANAVEL [4] y MCCLURE [7] realizaron experimentalmente varias anastómosis consiguiendo escasos resultados, por lo que el entusiasmo por este procedimiento era muy limitado anteriormente a la segunda guerra mundial.

INGREHAM [3] y colaboradores, en 1948, refirieron el empleo, en perros, de tubos de polietileno en las anastómosis del ventrículo lateral al seno sagital superior. Nuevas exploraciones en diferentes intervalos durante las siete semanas del postoperatorio revelaron que la sangre había refluído en el tubo y se había coagulado. Señalaron también que con la desviación del líquido a la vena cava superior, a la facial, maxilar externa y venas yugulares externas, los resultados eran igualmente infructuosos, debido al reflujo de la sangre en el interior del tubo y a su posterior coagulación. Por lo cual, estos autores concluyeron: «A menos que pueda inventarse e introducirse en la sonda una válvula extremadamente sensible, pero que ocluya de modo completo el líquido céfalorraquídeo del reflujo del sistema venoso, haciéndolo fluir en una dirección única, no importa a qué presión hidrocefálica, todos los intentos para llevar a cabo la descompresión de los ventrículos mediante derivación ventrículo-venosa fracasarán y no podrán llegar a someterse a ensayos clínicos.»

El primer intento de una válvula de estas características fue el de NULSEN y SPITZ [8]. Ambos lograron la inserción de una «bomba subcutánea» de caucho conectada con el peloteo de dos válvulas. Esta se conectaba con el ventrículo lateral y con la vena yugular interna. El caso descrito fue operado en 1949, y la derivación persistía con buen funcionamiento en la época de las primeras informaciones, en 1952.

PUDENZ y colaboradores [12] refieren el logro de la ventrículo-auriculostomía, mediante el uso de un manguito valvular con el cual se logra la interrupción completa en la aurícula como con una tajadera.

Aquí, a diferencia de la derivación ideada por NULSEN y SPITZ, la válvula queda colocada bastante dentro de la aurícula derecha. Con este tipo de tratamiento han conseguido éxitos en el control de la hidrocefalia.

Desde hace aproximadamente estos tres años últimos, los doctores SPITZ y NULSEN vienen utilizando con éxito la válvula ideada por JOHN HOLTER. Hasta ahora, estos resultados no habían sido divulgados, pero ciertamente resultan muy alentadores.

Nosotros hemos tratado aproximadamente unos cincuenta pacientes afectos de hidrocefalia, con la válvula ideada por HOLTER, en un período de dieciocho meses. Doce de estos pacientes fueron operados en el Coldwater State Home, en colaboración con los doctores E. J. RENNELL y J. C. HEFFELFINGER, y los restantes, en el Hospital Universitario. La técnica empleada fue la sugerida por SPITZ [13], ligeramente modificada.

MATERIALES

El aparato de HOLTER consiste en un par de válvulas de «tipo oscilante» conectadas con un cilindro de caucho siliconado (fig. 1). Este mecanismo mide aproximadamente 5 centímetros de largo y 6 milímetros de diámetro. El tubo

puede ser acortado si se desea, en caso de niños muy pequeños. Las válvulas permiten fluir el líquido en una sola dirección y están reguladas, por su construcción, en forma que puedan abrirse a presiones más altas que oscilen de los 10 a los 50 milímetros de agua. La apertura de las válvulas con presiones bajas (10 mm.) se utiliza para niños con mielomeningoceles y en aquellos que tienen cabezas muy maleables. Esto permite advertir el colapso de estas estructuras anormales con un riesgo muy pequeño de producción de hematomas subdurales. La regulación para alta presión de las válvulas (50 mm.) fue utilizada en todos los demás pacientes. La válvula está emplazada entre dos sondas o catéteres (fig. 1).

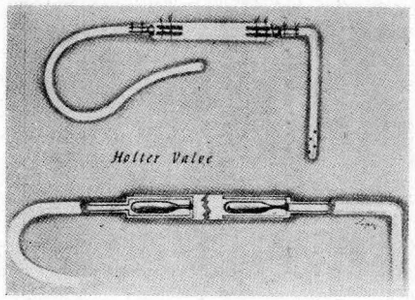


FIG. 1.—ARRIBA: ESQUEMA DE LA VÁLVULA DE HOLTER, CON LAS SONDAS DISTAL Y PROXIMAL. ABAJO: REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LOS OBTURADORES DE LA VÁLVULA DE HOLTER.

El extremo proximal de la sonda es el que se emplaza en el ventrículo lateral, que, como hemos indicado, está hecho de caucho siliconado e impregnado en su revestimiento por una solución de bario al 5 por ciento.

Este tubo está previamente acodado en ángulo recto, para que, una vez emplazado, no pueda deslizarse fuera del cráneo.

El extremo distal está igualmente siliconado e impregnado de bario al 5 por ciento. El caucho siliconado es un material de muy escasa tendencia reactiva, y tiene la ventaja sobre el polietileno de ser más elástico y también muy flexible.

La impregnación de estos tubos con solución de bario los hace opacos a los rayos X. El empleo de este material con su cilindro con las dos válvulas tiene una una gran ventaja, ya que todo el sistema puede ser bombeado a mano a través del cuero cabelludo intacto, lo cual nos indica si las válvulas funcionan correctamente.

DIAGNÓSTICO Y TÉCNICA

El diagnóstico de hidrocefalia es uno de los que generalmente no ofrecen dificultades en el terreno clínico y puede comprobarse por el estudio del aire ventricular. El diagnóstico clínico posterior se basa en el crecimiento irregular, rápido y desproporcionado de la cabeza, unido a otras características, tales como la ingurgitación y relieve de las venas superficiales, la «convergencia» de los ojos y la tensión y abombamiento de la fontanela anterior.

Con miras a la comprobación diagnóstica, hemos practicado estudios del aire ventricular mediante el empleo de «burbujas» en varios casos sospechosos de hidrocefalia. Haciendo este estudio, hemos podido descartar la presencia de un tumor como causa del ensanchamiento del ventrículo cerebral. Los hematomas subdurales [11] en niños constituyen otra lesión que también puede ser rechazada, aunque se asemeja mucho, por sus signos y sintomatología, a la de la hidrocefalia.

Una vez confirmado el diagnóstico de hidrocefalia, no puede llevarse a cabo la derivación ventrículo-venosa en tanto que no haya sido totalmente absorbido el aire contenido en el ventrículo. La embolia gaseosa podría ser el resultado del paso de aire del ventrículo a la aurícula derecha. La colocación de la válvula se lleva a cabo bajo anestesia general.

La válvula, con su aditamento proximal acodado en ángulo recto y con su extremidad distal recta, es emplazada mediante una incisión subcutánea practicada por detrás de la oreja derecha.

El lado derecho de la cabeza y cuello es el utilizado corrientemente para esta derivación, ya que existe una mayor y más directa conexión a través de la vena yugular interna derecha con la aurícula derecha. El esquema de la implantación de la válvula queda descrito y puede apreciarse en la figura 2.

La parte acodada en ángulo recto del catéter se coloca en el ventrículo cerebral mediante una trepanación practicada en la región parietal. Hay que tener gran cuidado para adquirir la certeza de que el extremo distal de la sonda esté situado en la aurícula derecha, a través del trayecto de la vena cava a dicha aurícula. Esto puede hacerse al mismo tiempo que se desliza el catéter, mediante la inyección de material opaco a los rayos en la misma sonda, o colocando un indicador radioopaco en el extremo y tomando una radiografía de tórax en la sala de operaciones (figura 3). De este modo se obtiene una exacta determinación de la longitud precisa de la sonda para alcanzar la aurícula. Si el catéter no alcanzase la vena cava superior, se produciría una trombosis de la vena yugular interna. La válvula queda fijada en la cabeza mediante una simple sutura metálica con alambre fino de acero. La parte distal de la sonda queda sujeta holgadamente dentro de la vena yugular interna mediante unos puntos de sutura con seda.

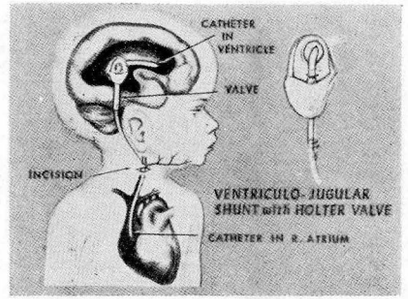


FIG. 2.—ESQUEMA COMPLETO DEL EMPLAZAMIENTO DE LA VÁLVULA, MOSTRANDO LA POSICIÓN DE LAS SONDAS. EN LA PARTE DERECHA SE APRECIA LA COLOCACIÓN DEL EXTREMO PROXIMAL.

La posición exacta de ambos extremos, proximal y distal, de la sonda puede ser revisada después de la operación, y posteriormente, en otros momentos, mediante radiografías sucesivas (fig. 3) del cráneo y tórax. Cualquier cambio del extremo distal a causa del crecimiento del niño puede ser entonces fácilmente comprobado.

La derivación puede considerarse en funcionamiento si la cabeza del niño se detiene en su crecimiento anormal y la fontanela anterior se deprime y rebaja. En los pacientes cuyas fontanelas se cierran, pueden presentarse síntomas de alarma (dolor de cabeza, vómitos y edema de la papila). Bombeando el cilindro entre las dos válvulas a través del cuero cabelludo intacto, puede probarse el funcionamiento normal. El cilindro se vaciará con la presión y rápidamente volverá de nuevo a llenarse. Si no se vacía, hay que pensar que existe un bloqueo en la parte distal de la sonda. Si el cilindro se vacía y deja de llenarse, lo probable es que haya un bloqueo en la parte proximal del catéter.

RESULTADOS

Este trabajo es el análisis de cincuenta casos de derivación ventrículo-venosa realizados en el Servicio de Neurocirugía del Centro Médico de la Universidad de Michigan. La edad de los pacientes oscila desde los ocho días a los doce años. Todos ellos han sido controlados durante dos a dieciocho meses después de la operación.

Al escribir este trabajo, cuarenta y tres pacientes tienen en funcionamiento sus derivaciones, lo que representa un éxito de un ochenta y seis por ciento. Para conseguir estos resultados, fueron intentados más de sesenta procedimientos operatorios. Y en ocho pacientes fueron necesarias diez revisiones. La trombosis de la vena yugular interna, por formación de un coágulo en la parte distal de la sonda, fue motivo del fracaso en ocho de los casos. En los dos restantes, el tapón coagulante apareció en la parte proximal del catéter. En ninguna de las revisiones se apreció anormalidad alguna en el mecanismo de la válvula.

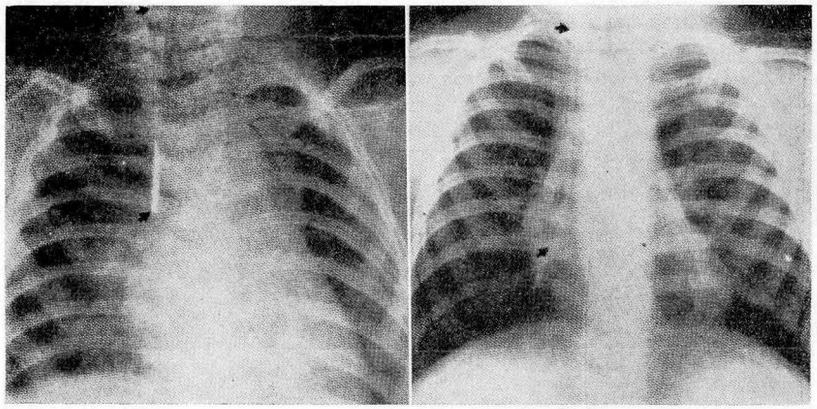


FIG. 3.—PARTE IZQUIERDA: RADIOGRAFÍA TOMADA EN LA SALA DE OPERACIONES. LA SONDA DE MATERIAL RADIOOPACO EMPLEADA, SIRVE PARA DETERMINAR EXACTAMENTE LA LONGITUD PRECISA PARA LLEGAR A LA AURÍCULA DERECHA. PARTE DERECHA: RADIOGRAFÍA POSTOPERATORIA MOSTRANDO LA PORCIÓN DEL EXTREMO DISTAL DE LA SONDA.

Los siete pacientes en los que la válvula no funcionó bien, pueden dividirse en tres grupos. Un primer grupo, constituído por tres pacientes en los que la válvula funcionaba, pero en el que los sujetos fallecieron, probablemente más a causa de su enfermedad que por fallos de la técnica operatoria. Uno tenía cráneo platibásico e hidrocefalia asociada; otro, detención del desarrollo del cerebelo, y un tercero, detención o agenesia cerebral; todas estas lesiones fueron comprobadas por la autopsia. El segundo grupo está constituído por un paciente, en el que apareció una obstrucción en la parte proximal de la sonda, siéndole retirada la válvula en otra institución.

El tercer grupo lo componen los tres casos restantes. Todos ellos presentaban mielomeningocele e hidrocefalia asociada. Consecutivamente al post-operatorio, todos presentaron meningitis y septicemia. En ninguno de ellos pudo demostrarse la fuente de infección, pero todas estas muertes deben ser consideradas como fracasos postoperatorios, a pesar de darse la infección al cabo de uno a tres meses después de la intervención. Incluyendo estos casos, la mortalidad viene a ser alrededor de un seis por ciento.

Diez pacientes tenían mielomeningoceles con hidrocefalia. En siete de ellos hubo notable colapso de sus mielomeningoceles después de la derivación. Los tres casos en que no hubo colapso fueron niños que murieron secundariamente por meningitis y septicemia. En todos los casos en que hubo colapso del mielomeningocele se aumentó el espesor de sus membranas de revestimiento.

Valorando los beneficios conseguidos para los pacientes con la derivación, encontramos que treinta y ocho —de los cincuenta niños intervenidos— mejoraron francamente con el procedimiento seguido. Los casos restantes no mostraron cambio alguno. Revisando los ventrículogramas hemos visto que es difícil, cuando no imposible, predecir el poder absoluto de espesor de sus cubiertas, como se demostró con los estudios de insuflación con aire.

La producción de un hematoma subdural, consecutivo a la rápida descompresión del ventrículo, no fue observada en ninguno de los pacientes de estas series.

DISCUSIÓN

La derivación ventrículo-venosa con la válvula de Holter constituye un intento para devolver al sistema circulatorio el exceso de líquido céfalorraquídeo. Las ventajas de este procedimiento, comparadas con las de otros métodos utilizados, son: *a*) Conservación del líquido céfalorraquídeo, devolviéndolo a la corriente sanguínea sin pérdida de electrólitos; *b*) El que no se precisa sacrificar órgano alguno para lograrlo (como la extirpación del riñón con el método de Matson); *c*) Escasos riesgos de infección ascendente a través de la sonda dando lugar a una meningitis, ya que aquélla constituye un área estéril; *d*) No requiere ninguna variación de la técnica de tratamiento, ya se trate de una hidrocefalia comunicante u obstructiva.

Cuando la válvula de Holter ha sido usada durante tres años, se plantea el problema de los efectos del crecimiento sobre la posición del extremo distal del catéter. PUDENZ y colaboradores [12] informan que el crecimiento de los niños desde mastoides al apéndice xifoides es solamente de 6 centímetros, en los primeros cinco años de la vida. Si el extremo distal de la sonda fue colocado en la aurícula derecha con un ligero exceso en el momento de la intervención, éste bastará para compensar el crecimiento futuro del niño. Por otra parte, las sondas, al estar construídas con un material elástico, permiten también el alargamiento posterior. Es de extrema importancia que la extremidad distal de la sonda vaya justamente a la conjunción de la vena cava superior con la aurícula o dentro del atrio. Pues si la sonda queda colocada únicamente en la vena yugular interna, puede sobrevenir una trombosis y fracasar la derivación realizada.

Después de revisar nuestros resultados hasta la fecha y considerando las ventajas anteriormente mencionadas, estimamos que este tipo de derivación es probablemente el más apropiado para el tratamiento de esta clase de hidrocefalias. De los datos expuestos, opinamos que la mayoría de los casos de hidrocefalia pueden ser objeto de derivación. Hemos de advertir previamente que no parece existir relación directa entre el espesor de las cubiertas y los resultados obtenidos mediante la derivación.

Aun cuando la derivación fuera un fracaso respecto a la mejoría en el estado mental y físico del paciente, siempre reduciría en sumo grado los cuidados durante su período de lactancia.

Los resultados observados sugieren que los niños afectos de mielomeningoceles deben ser tratados por derivación tan pronto como aparezcan síntomas de presión. Si se utiliza este método, quizá la presión del saco del mielomeningocele pueda ser aliviada y surgir posteriormente una epitelización de estas zonas.

A pesar de estas consideraciones, todavía no puede dejar de mirarse con gran cuidado y reserva el tratamiento quirúrgico de esta lesión.

Resumen y conclusiones

1. Se examinan los resultados de cincuenta casos de derivaciones ventrículo-venosas, durante un período que oscila de los dos a los dieciocho meses, durante los cuales un 86 por ciento funcionaban bien.

2. La mortalidad fue de un 6 por ciento, debida a septicemia. Todos estos pacientes tenían mielomeningoceles. La infección y muerte se presentaron del primero al tercer mes después de la operación.

3. En el 60 por ciento de los pacientes se apreció notable mejoría física y mental después de la derivación.

4. La derivación es altamente recomendable en pacientes con mielomeningoceles, puesto que puede reducir suficientemente la presión en sus lesiones y evitar así un ataque consecutivo.

5. Se analizan con detalle diez fracasos de la operación. Ocho de ellos fueron debidos a obstrucción de la porción distal de la sonda. Esto pone de manifiesto la importancia de emplazar bien este extremo del catéter, por lo menos en lo más profundo de la unión de la cava con la aurícula, y de preferencia dentro de la cavidad auricular derecha.

RESUMEN

Se refieren las tentativas llevadas a cabo para tratar de resolver el grave problema de la hidrocefalia congénita, dando cuenta del ingenioso proceder utilizado, mediante un artificio valvular ideado por Holter y colocado dentro de una sonda siliconada, que, una vez emplazada en el ventrículo lateral y aurícula derecha, permite una regulación automática. Se analizan los resultados y las ventajas del método.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enderlen.—«Zur Behandlung des Hydrocephalus». *Beit. Klin Chir.*, 76: 8891890. 1911.
2. Gärtner.—Citado por Kausch [5].
3. Ingraham, F. D.; Matson, D. D.: Alexander, E., Jr, y Woods. R. P.—«Studies in the treatment of experimental hydrocephalus». *J. Neuropath. & Exper. Neurol.*, 7: 123-143. 1948.
4. Kanavel, A. B.—«Discussion». *Surg., Gynec., & Obst.*, 10: 327, 1910.
5. Kausch, W.—«Die Behandlung des Hydrocephalus der kleinen Kinder». *Arch. Klin. Chir.*, 87: 709-796, 1908.
6. Matson, D. D.—«A new operation for the treatment of communicating hydrocephalus. Report of a case secondary to generalized meningitis». *J. Neurosurg.*, 6: 238-247, 1949.
7. McClure, R. D.—«Hydrocephalus treated by drainage into a vein of the neck». *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 20: 110-113, 1909.
8. Nulsen, F. E., y Spitz, E. B.—«Treatment of hydrocephalus by direct shunt from ventricle to jugular vein». *S. Forum*, 2: 399-403, 1952.
9. Payr, E.—«Drainage der Hirnventrikel mittlest frei transplantirter Blutgefässe; Bemerkungen über Hydrocephalus». *Arch. Klin. Chir.*, 87: 801-885, 1908.
10. Payr. E.—«Über Ventrikeldrainage bei Hydrocephalus». *Verh. dtsch Ges. Chir.*, 40: 515-535, 1911.
11. Peet, M. M., Kahn, E. A.—«Subdural hematoma in infants». *J. A. M. A.*, 98: 1851-1856, 1932.
12. Pudenz, R. H.; Russell, F. E.; Hurd, A. H., y Shelden, C. H.—«Ventriculo-auriculostomy. Technique for shunting cerebrospinal fluid into the right auricle». *J. Neurosurg.*, 14: 171-179, 1957.
13. Spitz, E. B.—Comunicación personal.

Traducción directa del original inglés, por M.ª Marta Horno, del trabajo aparecido en el «Journal of the Michigan State Medical Society», vol. 58, págs. 373-376 y 383, marzo 1959. Revisión por R. Horno Liria.

CLÍNICA Y LABORATORIO

Núm. 406 - Tomo LXIX
Enero 1960

NUESTRA EXPERIENCIA SOBRE LAS SALMONELOSIS HUMANAS EN EL ADULTO

por el

Dr. Rafael Gómez Lus

Profesor encargado de la cátedra de Microbiología e Higiene de la Facultad de Medicina

Zaragoza

Las salmonelosis son las enfermedades infecciosas causadas por el género bacteriano *Salmonela*, en el que se incluyen actualmente más de trescientas especies. Los miembros del género Salmonela son primordialmente parásitos intestinales. Algunos de ellos están muy adaptados al hombre (*S. typhosa, S. paratyphi A, S. paratyphi B, S. paratyphi y S. sendai*) y son difícilmente aislados en los animales. Otros, por el contrario, lo están para estos últimos (*S. pullorum* y *S. abortus equis*). No obstante, todas las cepas son patógenas para el hombre y los animales.

La doctrina de Kiel, nacida en el Instituto de Higiene de la Universidad de Kiel y creada por Fisher, Müller, Bitter y Gaertner, defiende la dualidad patógena de las salmonelas. Kauffmann continuó sus directrices, dividiendo las salmonelas en: 1, patógenas absolutas; 2, patógenas relativas, y 3, patógenas exclusivas para los animales, correspondiendo respectivamente a los grupos que a continuación se citan:

1. *Salmonelas patógenas para el hombre* (dan lugar a síndromes tíficos con fiebre continua y bacteriemia persintente): S. typhosa, S. paratyphi A, S. paratyphi B, S. paratyphi C, S. sendai.

2. *Salmonelas patógenas para el hombre y los animales* (cursan como gastroenteritis en el adulto): S. typhimurium, S. newport, S. enterítidis, S. cholera suis, S. tenessee, S. barielly.

3. *Patógenas exclusivamente para los animales:* S. S. abortus bovis, equis y suis; S. gallinarum-pullorum.

La doctrina de Montevideo, creada por Hormaeche y sus colaboradores (Alepo, Peluffo, Salsamendi, Surraco, Zerbino...), considera que en patología infantil las salmonelas animales son susceptibles de provocar numerosas infecciones:

Comunicación presentada en las III Jornadas Médicas Aragonesas, celebradas en Zaragoza del 24 al 27 de mayo de 1958.

1. Diarrea simple.
2. Enterocolitis desenteriforme (formas leve y grave).
3. Enterocolitis coleriforme mixta.
4. Forma tífica.

BORNSTEIN clasifica las salmonelosis en:

1. Forma gastroenterítica predominante.
2. Forma tifoide y septicémica.
3. Otras localizaciones en general.

FELSENFELD y YOUNG establecen las siguientes formas clínicas:

1. Fiebre por salmonelas: S. typhosa, S. paratyphi A, S. paratyphi B, S. paratypri C, S. montevideo, S. newport, S. oranienburg y S. panamá.
2. Septicemia por salmonelas: de serio pronóstico y causada en la mayoría de los casos por la S. cholera suis.
3. Gastroenteritis predominante: S. typhimurium, S. montevideo, S. oranienburg, S. enterítidis, S. panamá.
4. Otras localizaciones: salpingitis, otitis, neumonía, colecistitis, ósteomielitis.
5. Portadores.

MONASTERIO modifica esta clasificación de la siguiente manera:

1. Forma tifoide.
2. Forma gastroenterítica aguda.
3. Forma séptica.
4. Forma con localizaciones extraintestinales clínicamente primitivas.

SCOTTI y SICCA rechazan los términos de «fiebre paralítica» y «fiebre entérica o intestinal»; éste, por vago y genérico, y aquél, por irracional y capaz de crear confusiones. Por ello está plenamente justificado el uso del término salmonelosis.

Seguiremos para nuestra descripción —modificada al añadirle un grupo más (el de las enterocolitis crónicas)— la clasificación de MONASTERIO. Las investigaciones realizadas durante los años 1954, 1955 y 1956 nos demostraron la existencia de enterocolitis subagudas y crónicas salmonelósicas, que estaban incorrectamente catalogadas como diarreas.

FORMA TIFO-PARATÍFICA

La fiebre tifoidea clásica, producida por el bacilo de Eberth, con su clínica recortada, es una entidad nosológica perfectamente definida; pero sus formas leves, ambulatorias y abortivas, pueden ser de identificación sumamente difícil. La Salmonela typhosa es el agente causal de la mayoría de los cuadros tifódicos; en nuestro país le siguen en frecuencia, con un porcentaje muy bajo, las salmonelas paratyphi A y B. Otros tipos de salmonelas pueden, aunque raramente, producir esta forma clínica, que, según BORNSTEIN, «tiene el aspecto de una fiebre tifoidea atenuada y atípica». La duración de estos cuadros clínicos es de una a tres semanas, aunque a veces llevan un curso muy breve (cuatro o cinco días). Aparte de las salmonelas citadas, del paratífico C y de la S. sendai, son capaces de originar formas tifódicas las siguientes especies: S. typhimurium, S. oranienburg, S. cholera suis, S. newport, S. montevideo y S. panamá. Que intervengan otras salmonelas en la producción de tales cuadros, es excepcional, mas no imposible. Así BONITZ (1953) refiere una epidemia de salmonelosis en la zona Norte de Alemania, afectando a seis mil personas, causada por el consumo de alimentos contaminados por Salmonela bareilly, dando lugar a formas tifódicas muy graves.

El diagnóstico diferencial entre las diversas formas tifódicas y la tifoidea clásica no es siempre posible por la clínica, siendo necesario recurrir a las seroaglutinaciones (practicadas correctamente con los antígenos «H», «O» y «Vi», por separado) y especialmente a los cultivos de sangre, heces, orina, bilis (si el estado del paciente lo permite) y manchas de roséola. Las pruebas serológicas tienen las desventajas de no ser tan categóricas como el aislamiento del agente causal, de aparecer tardíamente en las formas tifódicas de las salmonelosis, de poder modificarse por la medicación antibiótica y de precisar una compleja serie de suspensiones. No obstante, en un gran número de casos son valiosísimas, siempre que el control de las suspensiones utilizadas sea riguroso y trabajemos con antígenos irreprochables. Nosotros empleamos el coprocultivo, de un modo sistemático, en el diagnóstico de los cuadros tifódicos, y los resultados son muy satisfactorios, especialmente los que se refieren al aislamiento de la S. typhosa, siempre más difícil que cualquier otra salmonela. El hemocultivo es el método de elección en los primeros días de la enfermedad, y, siendo la técnica correcta, proporciona un 100 por ciento de resultados positivos. Cuando el coprocultivo se utiliza conjuntamente con el hemocultivo y las seroaglutinaciones, da una mayor seguridad diagnóstica. El cultivo de heces posee el máximo valor al final de la primera semana y en los comienzos de la segunda, así como en el diagnóstico de portadores, en el que disponemos además de la demostración en el suero de los enfermos de aglutininas anti «Vi». Hemos obtenido en este grupo, en un total de cincuenta y un pacientes, los siguientes resultados: S. typhosa, 47 cepas; S. paratyphi B, 2; S. paratyphi A, 1, y S. typhimurium, 1.

El coprocultivo fue positivo en cuarenta y uno de los cuarenta y siete casos de fiebre tifoidea, y en las otras cuatro salmonelosis tifódicas. No obstante el buen resultado conseguido con este método diagnóstico, huímos de llegar a conclusiones definitivas con los correspondientes tantos por ciento, por el corto número de casos estudiados. La forma tifódica por S. typhimurium se presentó en un brote de gastroenteritis típico; tuvo una evolución muy breve (tres días), pero el cuadro clínico fue muy característico, con obnubilación, discreta participación intestinal y fiebre de 39°, recordando la sintomatología de una enfermedad generalizada. El agente causal se aisló en la sangre y en las heces. Las aglutinaciones, practicadas con los antígenos «H» y «O» de la cepa identificada, fueron a las dos semanas positivas al 1/160 para los antígenos somáticos, y al 1/320, para los antígenos flagelares.

FORMA GASTROENTERÍTICA

El término «intoxicación alimentaria» es convencionalmente restringido al de gastroenteritis aguda, debida a la infección bacteriana del alimento o a la infección bebida. Y nos referimos, de los dos tipos de gastroenteritis, al tipo «infección», producido por la proliferación de las bacterias en el interior del organismo. Los gérmenes que más frecuentemente determinan gastroenteritis «tipo toxina» son el *Staphylococus aureus* y el *Clostridium walchii*. Las gastroenteritis salmonelósicas tienen un período de incubación de dos a treinta y seis horas y comienzan en forma aguda, con fiebre (38'8°), cefalalgia intensa, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. La evolución puede ser favorable o letal, con desasosiego, gran sed, calambres, coma y muerte. La mayoría de los brotes epidémicos se deben al consumo de carne infectada, y los reservorios animales pueden ser muy variados:

1. Aves domésticas, que presentan un elevado índice de infección, que se hace extensivo igualmente a los huevos y productos derivados.

2. Cerdos. Las experiencias de HORMAECHE y SALSAMENDI (Uruguay), SCOTT (Inglaterra); RUBIN, SCHERAGO y WEAVER, y CHERRY (Estados Unidos), conducen a la obtención de salmonelas en distintos productos del cerdo, en proporciones que oscilan entre un 5'9 y un 36 por ciento. Parecidos resultados obtienen EDWARDS y BRUNNER (Estados Unidos), VARELA y ZOZAYA (Méjico) y PUMAROLA (España), que realizó sus investigaciones sobre los ganglios mesentéricos de cerdos sanos. En España, la bacteriología de las gastroenteritis no ha sido lo suficientemente estudiada para llegar a establecer grandes estadísticas. Nosotros hemos estudiado sesenta y dos enfermos de gastroenteritis aguda, obteniendo los siguientes resultados: 1.º En cuarenta y seis se aisló mediante coprocultivo S. typhimurium. 2.º En cinco, S. cholera sius. 3.º En uno, S. enterítidis. 4.º En dos, Staphylococcus aureus; y 5.º En cuatro, el coprocultivo resultó negativo.

De los casos de gastroenteritis estudiados, deducimos:

1. En nuestro medio, la mayoría de las gastroenteritis agudas están producidas por salmonelas. No debe olvidarse el posible papel de las especies Staphylococcus aureus y Clostridium welchii, practicando la siembra sistemática en medios que permitan su desarrollo.
2. La salmonela más frecuentemente aislada es la S. typhimurium.
3. El coprocultivo debería emplearse rutinariamente en el diagnóstico etiológico del proceso.
4. De los casos de gastroenteritis estudiados, corresponden veinte a formas esporádicas, y treinta y seis a un brote epidémico que se presentó en el Hospital Provincial de Zaragoza y cuyas características clínicas ha descrito CIVEIRA en una publicación reciente.

ETEROCOLITIS SUBAGUDAS Y CRÓNICAS

Clínicamente es muy difícil, y a veces imposible, catalogar con exactitud las enterocolitis. Por ello abordamos con especial interés el conocimiento de tales procesos, y durante los años 1954, 1955 y 1956 estudiamos cuatrocientos ochenta y siete enfermos de enterocolitis subagudas y crónicas, de posible etiología infecciosa, aislando salmonelas en ciento once. El síntoma común de estos pacientes era la presencia de diarrea; el tiempo de enfermedad oscilaba de un mes a cuatro años. En ocasiones, estas enterocolitis tuvieron un comienzo gastroenterítico agudo (formas crónicas secundarias), mientras que otras son ya primitivamente subagudas o crónicas. Es posible que las enteropatías crónicas predispongan a la coloniación en el intestino de pequeñas cantidades de salmonelas (incapaces de producir enfermedad en las personas sanas), desencadenándose un empeoramiento que llegará a adquirir características propias de las enterocolitis salmonelósicas. Análogas razones que sirven a HORMAECHE y PELUFFO para probar el origen salmonelósico de la «intoxicación alimentaria», nos permiten defender la etiología de las enterocolitis subagudas y crónicas:

1. Una razón de patología comparada: en los animales adultos, las enteritis crónicas son frecuentes.
2. Los mismos tipos de salmonelas aislados en las gastroenteritis agudas se encuentran en las enterocolitis crónicas. Además, cuando el paciente cura, suele negativizarse el coprocultivo.
3. En aquellos casos en que se practicaron aglutinaciones, pudo demostrarse la presencia de anticuerpos específicos.
4. No se hallan salmonelas en las heces de las personas sanas, sino por excepción.

También es un dato valioso la buena respuesta al tratamiento específico, establecido de acuerdo con las pruebas de sensibilidad a los antibióticos de cada cepa de salmonela. Incluso la existencia de gastroenteritis agudas, junto a infecciones subclínicas y portadores, nos lleva a la lógica consideración de creer *a priori* en formas intermedias: las enterocolitis subagudas y crónicas. Si agrupamos las cepas aisladas en las gastroenteritis con las identificadas en las enterocolitis subagudas y crónicas, llegamos a los siguientes resultados totales:

Total de cepas aisladas: 163. S. typhimurium, 75; S. cholera suis, 28; S. enterítides, 22; S. senftenberg, 2; S. stanley, 1; S. gallinarum var. Duisburg, 1.

Nuestra estadística final concuerda con las de KRISTENSEN, BOJLEN y FAARUP, y HARHOFF (Dinamarca); con las de BOECKER y HOHN y HERMAN (Alemania), y con los tantos por ciento totales obtenidos por KAUFFMANN con los materiales danés, alemán e inglés.

Han quedado excluídas de nuestra descripción las formas septicémicas y las localizaciones extraintestinales, porque carecemos de experiencia personal, y nuestro comentario hubiese sido meramente bibliográfico.

RESUMEN

Hemos estudiado durante los años 1954, 1955 y 1956 las formas clínicas más frecuentes de las salmonelosis (fiebre tifo-paratífica, gastroenteritis aguda y enterocolitis subagudas y crónicas), aislando en total doscientas catorce cepas de salmonelas. Se destaca la importancia de las determinaciones bacteriológicas y la conveniencia de su empleo sistemático, que permiten establecer un diagnóstico etiológico exacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALEPPO, P. L.—*Arch. de Ped. del Uruguay*, 10, 560. 1939.
2. BONITZ, K.—*Dtsch. med. Wschr.*, 78, 1.412. 1953.
3. BORNSTEIN, S.—*J. Immunol.*, 46, 439. 1943.
4. BORNSTEIN, S.; SAPHRA, I, y STRAUSS, L.—*Journ. Infect. Dis.*, 69, 59. 1941.
5. CIVEIRA, F.—*Arch. Fac. Med. de Zaragoza*, 6, 83. 1958.
6. CHERRY, W. B.; SCHERAGO, M., y WEAVER, R. H.—*Amer. J. Hyg.*, 37, 211. 1943.
7. EDWARDS, P. R., y BRUNER, D. W.—*Agric. Exp. Sta. Kentucky, Bol.*, n.º 400. 1940.
8. FELSENFELD, O., y YOUNG, V. M.—*J. Trop. Med.*, 29, 483. 1949.
9. GÓMEZ LUS, R.—*Arch. Fac. Med. de Zaragoza*, 4, 659. 1956.
10. HORMAECHE, E., y SALSAMENDI, R.—*Arch. Urug. Med.*, 9, 665. 1936.
11. HORMAECHE, E.—*Arch. Ped. Urug.*, 10, 445. 1939.
12. HORMAECHE, E., y PELUFFO, C.—*J. Pub. Health. Trop. Med.*, 17, 99. 1941.
13. HORMAECHE, E., y PELUFFO, C.—«Las salmonelosis humanas». Montevideo, 1942.
14. KAUFFMANN, F.—«Die bakteriologie der salmonella-gruppe». Ejnar Munskgaar Ed., Copenhagen, 1941.
15. KAUFFMANN, F.—«Enterobacteriaceae». Ejnar Munksgaard Ed., Copenhagen, 1951.
17. MONASTERIO, G.—*Minerva Méd.*, 53, 583. 1949.
18. PUMAROLA, A.—*Rev. Sanidad e Higiene Pública*, 28, 1. 1954.
19. RUBIN, H. L.; SCHERAGO, M., y WEAVER, R. H.—*Am. Hyg. J.*, 36, 43. 1942.
20. SCOTT, W. M.—*Proc. R. Soc. Med.*, 33, 366. 1940.
21. SCOTTI, G., y SICCA, G. T.—«Le salmonellosi nell'uomo». Omnia Medica Ed., Pisa, 1950.
22. VARELA, G., y ZOZAYA, J.—*Bull. Hyg., Lond.*, 17, 721. 1942.

Dirección: Escar, n.º 3, 3.º drcha. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE HUET

POR LOS DOCTORES

C. CARRON y D. REULOS

PARÍS

La etiología, biología y diagnóstico del síndrome hepático-ovárico de Huet son suficientemente conocidos. La materia de nuestra comunicación se limitará, pues, a la terapéutica, haciendo conocer las innovaciones que creemos pueden contribuir a la curación de esta afección.

Si la terapéutica debe ser, ante todo, sintomática y luego etiológica, parece necesario recordar esquemáticamente algunas nociones:

—El quimismo hepático contribuye a la inactivación, después a la desintegración de los esteroides de estructura foliculínica. Su insuficiencia a este respecto puede tener como corolario: una actividad ovárica normal o una carencia.

—Siendo el hígado el órgano encargado de la desintegración de las hormonas foliculares, su insuficiencia favorece la hiperfoliculinia por defecto de inactivación hepática; la secreción ovárica puede ser normal o insuficiente.

—En la hiperfoliculinia orgánica por hipersecreción, con sustrato anatómico (quistes foliculares, ovaritis escleroquística, etc.), la foliculina en exceso actúa sobre la función hepato-biliar, creando una perturbación de las funciones metabólicas (HERSCHBERG).

—La disfunción hepato-ovárica forma un círculo vicioso difícil de romper, que se traduce por un contraste clínico ambiguo, muy alejado a veces de la esfera genital, y cuya interpretación exige el complemento de exámenes biológicos.

La exploración bioquímica de la función hepato-ovárica juega un papel importante en el tratamiento y pronóstico del síndrome hepato-ovárico.

El ginecólogo puede elegir juiciosamente entre las pruebas y reacciones enumeradas más adelante, teniendo en cunta la sintomatología y guiándose «por la prueba terapéutica que confirma tanto el diagnóstico diferencial del síndrome hepático como el diagnóstico positivo» (HUET).

—Prueba hepática, metabolismo de la bilis, reacción de Abderhalden, prueba de eliminación de la bromo-sulfoftaleína, rosa de Bengala, actividad de la colinesterasa sérica, dosificación de urea y colesterol en sangre, función quininopéxica, reserva alcalina, metabolismo basal bajo Nembutal con prueba al esfuerzo, extendido vaginal, pH vaginal, calcemia, glucemia, caliemia, hipoproteinemia, biopsia de endometrio al vigésimo día.

La terapéutica puede resumirse así:

—Aliviar los síntomas (genitales, digestivos, neurotónicos, etc.).

—Proteger y descongestionar el hígado.

—Asegurarse del buen funcionamiento ovárico y recurrir a la cirugía sin vacilación en caso de ovaritis quística.

—Vigilar y tratar rápidamente las complicaciones, es decir, la acción del trastorno hepato-ovárico sobre los otros órganos o aparatos.

La sedación de las manifestaciones dolorosas o de los estados neurotónicos puede obtenerse por antiespasmódicos, analgésicos o tranquilizantes, solos o asociados, sin recurrir a los opiáceos.

La protección del hígado debe practicarse por el régimen alimenticio equilibrado, «la hormona antitóxica del hígado» (SATO) y los ácidos aminados.

La descongestión hepática por la fisioterapia: radioterapia semipenetrante en un solo campo de 15 por 15, 120 Kv. —3 Al. —3 sesiones con dos días de intervalo (50, 100, 150 r.), diatermia transhepática directa o combinada con electrodo vaginal, para alcanzar los ovarios; rayos infrarrojos, ultravioleta, ultrasonidos. Los fenómenos inflamatorios son mejorados por la radioterapia superficial, las ondas cortas, por la corriente galvánica, galvano-farádica o exponencial, sobre todo en los casos de éxtasis vesicular o ceco-cólico (HUET y colaboradores).

La estimulación de la función hepato-vesicular aconsejada por HUET se hace a base de fitocolagogos: extracto de alcachofas, bayas de enebro, boldo, aloína, etc., administrados alternativamente, por períodos de ocho días.

Nosotros añadimos gustosos los lipotropos, tales los derivados de la colina; los ácidos aminados, los terpenos, algunos derivados azufrados de síntesis que han sido objeto de un estudio experimental y clínico profundo por KOURILSKY y HALPERN.

He aquí algunos esquemas terapéuticos:

—Tomar durante diez días 3 gramos de citrato de colina en granulados efervescentes, según la fórmula siguiente: citrato de colina, 10 gr.; citrato de sodio, 5 gr.; citrato de magnesia, 5 gr.; excipiente efervescente, 100 gr. Los diez días siguientes, un colerético de síntesis.

Hemos elegido trithioparametoxifenilpropano, ampliamente experimentado por KOURILSKY. Según este autor, dicho producto, actuando «a la vez sobre el aumento de la secreción biliar y la composición de la bilis, ejerce un efecto directo sobre la célula hepática misma» y se prueba de una manera prudente «en un contexto clínico en que intervienen en un enlentecimiento de la coleresis y una alteración funcional del hígado». «El trastorno funcional biliar y celular no es frecuentemente más que un elemento en un conjunto de perturbaciones provocadas por la enfermedad causal.» Sobre la corrección de este trastorno funcional es como actúa particularmente el trithioparametoxifenilpropano.

—Los otros diez días: un fitocolagogo a base de extracto de alcachofas (Cynara) o el compuesto siguiente: extracto de alcachofa, combretum, boldo, uva ursi, adonis vernalis, espinado, peptona pancreática, cloruro de magnesio, tintura de boldo, romero.

—El mes siguiente: la dosis de citrato de colina debe aumentarse. Nosotros prescribimos tres ampollas por día, durante diez, de: citrato de colina, 2 gramos; citrato de sodio, 1 gr.; citrato de magnesio, 0'50 gr.; vitamina C, 0'25 gr.; jugo de toronja, 10 c. c. Durante diez días, colagogos salinos: Hormantoxone.

Comunicación a las *Jornadas Ginecológicas de la Sociedad Francesa de Ginecología* y *Symposium* sobre *Patología hepato-vesicular en Ginecología*. Vichy, 1959.

Traducción directa del original francés, expresamente destinado a esta revista, por nuestro redactor doctor don José Rivera Ramos.

Trabajos recientes (DURLACH) han demostrado la utilidad del nitrato potásico como medicamento accesorio en el síndrome premenstrual.

En el síndrome hepato-ovárico de Huet, su prescripción es útil en los casos que se acompañan de variaciones ponderales importantes con sensación de hinchazón abdominal, edema y mastosis. La dosis inicial eficaz es de 2-3 gramos por día. La dosis de entretenimiento, de 1-2 gramos.

La hiperfunción primitiva del ovario, debida a una ovaritis escleroquística o a otro tumor funcional del ovario, provoca un exceso prolongado de estrógenos, susceptible de perturbar la función hepatobiliar.

Las antifoliculinas son, en consecuencia, la base del tratamiento del síndrome hepato-ovárico. Nosotros empleamos el propionato de testosterona, pero preferimos los andrógenos no virilizantes, 50 mgr., dos veces por semana, durante tres meses. En casos de insuficiencia luteínica, la progesterosa a altas dosis (60-125 mgr.) entre el décimo y el vigésimo quinto día del ciclo, sola o asociada a los derivados de la testosterona (GILBERT DREYFUS), provoca en general un flujo menstrual regular, con mejoría de los trastornos digestivos y de los signos de congestión ovárica.

En las manifestaciones alérgicas ritmadas por el ciclo menstrual o imputables a la alergia a la foliculina, practicamos, tres o cuatro días después de las reglas, una o dos inyecciones intradérmicas de 1/10 de mgr. de benzoato de foliculina, con un fin de desensibilización específica. Practicada en tres centros ginecológicos, en gran escala, no hemos tenido sino que felicitarnos por esta técnica.

La terapéutica antihistamínica en el síndrome premenstrual y en el síndrome hepato-ovárico ha sido dictada por los trabajos de NETTER, en 1952, sobre la pérdida del poder histaminopéxico del suero durante el período premenstrual. Utilizamos los antialérgicos de síntesis o un producto antitóxico del hígado, durante diez días por mes.

No tratado, el síndrome hepato-ovárico puede adquirir proporciones alarmantes. Cuando se hace crónico, los ovarios son gruesos, poliquísticos, prolapsados, muy dolorosos. El exceso de foliculina provoca una intoxicación que se traduce clínicamente por ansiedad acompañada de la tríada de las íes: irritabilidad, inestabilidad e irascibilidad.

Sólo la ablación cuneiforme de los ovarios, la ablación minuciosa de los quistes foliculínicos y la fijación de los ovarios, puede curar a estas enfermas. La anatomía patológica, en los numerosos casos operados por nosotros, se caracteriza por la presencia de muy gruesos quistes foliculínicos y luteínicos.

BAUMEL y FASSIO, GUY ALBOT y BONNET han insistido sobre el peligro de las intervenciones quirúrgicas (apendicectomía, colecistectomía) hechas sin éxito en el síndrome de Huet. Para BAUMEL y FASSIO, por el contrario, «un acto quirúrgico puede estar justificado por una lesión ovárica o uterina, ovaritis escleroquística o fibromioma».

Los colagogos y coleréticos, así como los frenadores de la función ovárica y los tranquilizantes, deben prescribirse con tacto, durante muchos meses.

Las complicaciones del síndrome hepato-biliar de Huet son numerosas: el ginecólogo y el clínico deben sospecharlas y combatirlas enérgicamente. El laboratorio y la radiología juegan un papel importante en su diagnóstico. Su terapéutica está en función de la sintomatología, pero el factor etiológico no debe ser despreciado.

El termoclimatismo es un factor adyuvante de primer plano en la terapéutica del síndrome de Huet. THERE, de Vichy, ha sido el primero en hacer conocer la acción de las aguas de Vichy en Ginecología.

Según HUET y GODLEWSKY, el punto de reunión de las dismenorreicas está en Vichy. Es un efecto de estimulación glandular, ovárica y hepática el que parecen proporcionar las curas termales género Vichy (BINET).

Las investigaciones de WALTER y NEPVEUX han mostrado la acción del agua de Vichy tomada en la fuente, sobre la célula hepática. Según estos trabajos, es preferible hablar de las acciones antitóxicas del hígado más que de una acción antitóxica.

Para ETIENNE y COLESSON, la cura de Vichy está indicada «en la insuficiencia hepática con migraña, incluso cuando otros factores, tales como el ovárico, vienen a sumarse».

Más recientemente todavía, M. FABRE nos ha hablado de la utilización de las aguas de Vichy en Ginecología.

La dietética del síndrome de Huet puede resumirse así, según el mismo HUET:

—Restricción de los alimentos grasos, supresión de todos los alimentos sensibilizantes (crustáceos, «abats», conservas, alimentos «faisandés», etc.).

—Recurrir a una dietética incapaz de determinar el desencadenamiento de una colitis o de mantenerla (supresión o restricción de hidratos de carbono).

—En general, alimentación sana y abundante.

CONCLUSIONES

El síndrome hepato-ovárico no tratado, o mal tratado, evoluciona hacia la cronicidad, creando lesiones ováricas irreversibles que únicamente puede curar la cirugía.

Las lesiones hepatobiliares pueden ser curadas por los colagogos, los coleréticos y los lipotropos, a condición de emplearlos durante muchos meses, asociados si es posible a una dieta apropiada y a curas hidrominerales tipo Vichy.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

CASO N.º 1.—Señora T. S. (V. St. G.), 32 años, sin hijos. Viene a consultar por dismenorrea con trastornos digestivos, que se acentúan en la semana premenstrual. Signos de congestión pelviana, ligera hinchazón de senos. Vesícula sensible.

Examen ginecológico: Ovarios gruesos poliquísticos, prolapsados.

Intervención (8 - VII - 1957): Ablación cuneiforme de los ovarios gruesos y quísticos. Plastia de las trompas. Postoperatorio. bueno.

3 - IX - 1957. Síndrome premenstrual mejorado. Persisten algunos signos.

Tratamiento: Metandiol-Citocholine, durante tres meses, por períodos de quince días.

16 - XII - 1958. Prácticamente curada. Vesícula sensible.

5 - VI - 1959. T. V.: ningún signo patológico. Todavía durante tres meses el mismo tratamiento más Sulfarlem.

CASO N.º 2.—Señora S. J. (Neuilly), 26 años, un niño.

5 - III - 1959. Síndrome hepato-ovárico. Urticaria hacia el décimo día del ciclo. Vesícula muy dolorosa. Náuseas matutinas.

Exudado vaginal: Coli, ++; trichomonas, ++.

Pruebas hepáticas: todas +.

Tratamiento: Diatermia transhepática, antihistamínicos, Citrocholina a dosis altas, Sulfarlem-Hormantoxone.

Rápida mejoría. Vista de nuevo dos meses después, mucho mejor. Desaparición de la urticaria.

CASO N.º 3.—Señora S. B. (Oise), 29 años, dos niños.

Síndrome hepato-ovárico. Dismenorrea intensa.

Mac Lagan: negativo; Hanger: negativo; Gross: —1'73. M. B.: +13'1 por ciento. Glucemia: 0'95. Urea: 0'30. Colesterol: 2'10.

Vesícula muy sensible. Biopsia de endometrio el vigésimo día: estado folículo-luteínico con glucógeno macizo, sin signos de sobrecarga hormonal. (21 - VII - 1958) Moricard.

E. C.: normal.

Tratamiento: Ermalone - N-Oblivon; diez días, Sulfarlem; diez días, Citrocholine; diez días, la poción siguiente: Cl. Mag.; peptona, 7'50 gr.; agua destilada, 150 c. c.

26 - V - 1959. Muy mejorada; persisten: ansiedad, irritabilidad; ovario izquierdo, grueso y quístico (quiste foliculínico). Se aconseja operación.

CASO N.º 4.—Señora R. C. (París), 37 años, cuatro niños. Mastopatía bilateral.

Tratamiento: Frenatol más Colostrone.

16 - III - 1957. Ciclo menstrual, veintiún días. Mayo y abril de 1957, muy mejorada. Junio y diciembre 1958, desensibilización a la foliculina (intradérmica) más Frenantol y Colostrone.

Trastornos hepatobiliares.

Pruebas hepáticas: Mac Lagan: +; Gross y W.: dudosos.

Frotis vaginales: Estimulación estrogénica elevada el octavo día. Estimulación estrogénica elevada, con deficiencia luteínica, el vigésimo segundo día.

Hiperfoliculina pre y post-menstrual (Hérovici).

Tratamiento: Colagogos, frenadores y sensibilizantes. Mejoría rápida y clara, durando hasta el presente.

CASO N.º 5.—Señora S. L. (Aubervilliers), 32 años, dos niños.

22 - XI - 1958. Trastornos digestivos en el período premenstrual; signos de congestión pelviana; irritabilidad; trofoedema por encima de los tobillos.

Cuatro pruebas hepáticas positivas.

Urea, 0'35; colesterol, 2'10; G. R., 4.300.000; G. B., 6.000; M. B., +4; E. C., normal; exudado vaginal, Coli +; pH, 5'5.

Tratamiento: Cittrocholine, peptona, Sulfarlem (por períodos de diez días). Diatermia transhepática. En marzo y abril, mejoría muy clara. En mayo de 1959: Recrudescencia provocada por la interrupción del tratamiento. Idénticas indicaciones terapéuticas durante tres meses.

CASO N.º 6.—Señora D. L. (París), 32 años; contable.

11 - IV - 1959. Signos clínicos y citológicos de hiperfoliculina absoluta. Trastornos digestivos.

M. B., +18'6 por ciento. Pruebas hepáticas, normales. Glucemia, 0'84. G. R., 4.050.000. G. B., 6.300 (fórmula normal). Hemoglobina. 77 por ciento. Rh, + BW, —. Grupo sanguíneo O.

Dos abortos no provocados, en 1958.

Tratamiento: Desensibilización a la foliculina y a la histamina (1/10 mgr. de benzoato de foliculina intradérmica y Hormantoxone), Citrocholine, Sulfarlem por períodos de diez días. Diatermia transtiroidea. Stenandiol y Progesterona.

12 - X - 59. Muy mejorada. ¿Para hacer histerografía? Ningún trastorno digestivo.

CASO N.º 7.—Señora P. J. (Montreuil), 24 años; contable.

7 - III - 1959. Xantorrea. Vómitos matutinos en ayunas, sobre todo antes de las reglas. Grueso ovario derecho quístico. Reglas muy dolorosas. Síndrome de Huet (?).

Pruebas hepáticas: M. L., 86; Hanger, +; Gros, 2 c. c. 6.

Glucemia, 1'09 gr.; calcemia, 0'090. Urea, 0'25. Colesterol, 1'45. Frotis vaginales, — pH 5.

Tratamiento: Dermacide - Citrocholine. No ha sido vuelta a ver.

CASO N.º 8.—Señorita A. MC (Neuilly), 25 años; secretaria.

Gastralgia y ansiedad, sobre todo ocho días antes de las reglas. Aerofagia. Dismenorrea intensa.

M. B., +14 por ciento. Pruebas hepáticas, +. Frotis vaginales: hiperfoliculina global. E. C., normal.

Tratamiento en curso: N-Oblivon, Metandiol, Citrochona, Peptona+solución de Cl. de Mg. No ha sido vuelta a ver.

CASO N.º 9.—Señora D. S. (S. & O.), 36 años.

Vesícula sensible y aumentada de volumen. Cefalea constante. Trastornos del carácter (irritable, inestable). Lumbagia. Reglas regulares, poco abundantes. Ovario derecho prolapsado, doloroso y quístico.

Glucemia, 0'72. Urea, 0'35. Colesterol, 1'67. Pruebas hepáticas, dudosas. Frotis vaginales: hiperfoliculinia global.

Tratamiento: Ermalone, Citrocholine, vitamina A, Driol.

19 - V - 1959. Muy mejorada. Hépax + ultrasonidos en la región hepatobiliar.

CASO N.º 10.—Señora A. S. (Asnières), 38 años; una niña.

30 - I - 1959. Gruesa vesícula dolorosa. Digestiones lentas. Psicastenia. Tríada de las íes: irritable, irascible, inestable. Ansiedad.

M. B., +44 por ciento. Lípidos séricos, 5'65 gr. Frotis vaginales: buena función lútea, hiperfoliculina postmenstrual. Fondos de ojo, normales. Visión, 10/10. Pruebas hepáticas, +.

Tratamiento: Aceite de oliva, Citrocholine, peptona y Cl. de Mag. Diatermia hepato-ovárica. Mejoría rápida.

17 - IV -1959. Mejoría consolidada. Renovación del tratamiento.

CASO N.º 11.—Señora J. A. (La Garenne), 37 años; dos niños.

Distireosis. Metabolismo, +26 por ciento. Trastornos digestivos. Trastornos neurovegetativos hacia el décimo día del ciclo. Síndrome hepato-ovárico confirmado. Signos citológicos de hiperfoliculinia.

Tratamiento: Desensibilización a la foliculina. Hematoxone, Citrocholine, Hépax, Frénantol y Sténandiol. Muy mejorada. Citada para control.

CASO N.º 12.—Señorita D. F. (París), 17 años.

1 - III - 1958. Reglas irregulares. Períodos de amenorrea. Xantorrea. Prurito vulvar. Trastornos digestivos importantes. Vértigos. Náuseas premenstruales. Anemia muy acentuada. Ninguna parasitosis intestinal. Pruebas hepáticas, +.

Tratamiento: Diatermia transhepática, Citrocholine, fitocolagogos, Hormantoxone durante tres meses. Muy mejorada. Tratamiento renovado en curso.

Julio de 1959, mejoría confirmada.

CASO N.º 13.—Señorita B. E. (Clichy), 33 años; secretaria.

2 - IX - 1957. Dismenorrea. Períodos de amenorrea. Trastornos digestivos. Estreñimiento habitual.

Pruebas hepáticas, +. Frotis vaginales: hiperfoliculinia. Glucemia, 0'90; calcemia. M. B.: + 14 por ciento.

Vesícula muy sensible. Manifestaciones alérgicas y cefaleas diez días antes de las reglas. Hipófisis normal.

Tratada sin resultado con hormonas, desde hace algunos años.

Tratamiento: Colagogos vegetales, citrato de colina, complejo antitóxico (Hormantoxone) por períodos de diez días durante muchos meses. Diatermia transhepática. Tres meses en Vichy.

Mejoría muy marcada. Casada en 1958. Vuelta a ver en 1959, muy mejorada. Persiste el estreñimiento. Las reglas son regulares, sin intervención hormonal.

CASO N.º 14.—Señora Sch. S. (París), 53 años.

Digestiones lentas, con meteorismo abdominal, períodos de estreñimiento y diarrea. Vesícula dolorosa.

Pruebas hepáticas, +. Urea, 0'40. Colesterol, 2'30. Examen parasitológico de heces, negativo. E. C., normal.

Congestión mamaria, cefaleas. Diagnóstico de síndrome de Huet post-menopáusico.

Tratamiento: Fitocolagogos, Citrocholine, Hormantoxone, alternados diariamente durante tres meses.

Muy buen resultado. Desaparición de las cefaleas, del meteorismo y de la congestión mamaria.

CASO N.º 15.—Señorita P. J. (Neuilly), 27 años; profesora.

12 - III - 1959. Ciclos menstruales irregulares. Reglas poco abundantes, muy dolorosas. Trastornos digestivos antes de las reglas. Irritable. Fatiga general.

M. B., + 16 por ciento. E. C., normal. Pruebas hepáticas, +. Test de Vargas-Rivoire, ++.

Tratamiento: Citrato de colina efervescente más vitamina C. Cl. de Mg. (1/10 fol. intradérmica).

6 - VI - 1959. Muy mejorada. Régimen alimenticio poco rico en grasas y féculas. Fitocolagogos.

12 - X - 1959. Persistencia de la mejoría.

CASO N.º 16.—Señorita L. E. (París), 33 años.

29 - VI - 1957. Trastornos digestivos importantes y crisis nerviosas en la época de la ovulación.

Pruebas hepáticas, +. Ninguna parasitosis intestinal. Gruesos ovarios poliquísticos prolapsados, muy dolorosos.

Intervención: El 23 - VII - 1957, en la clínica de Buttes Chaumont. Ablación cuneiforme de los ovarios.

19 - IV - 1958. Nueva crisis dolorosa importante. Trastornos hepatobiliares.

Frotis vaginales: Indice de acidofilia, 61 por ciento (duodécimo día).
Tratamiento: Sténandiol 50 + Frénantol 50 + Stago y Citrocholine.
6 - VI - 1958. Indice de acidofilia: 25 por ciento.
8 - VI - 1959. Reglas muy abundantes. Muy mejorada.
15 - I - 1959. Vuelta normal al trabajo. Ninguna crisis nerviosa R. A. S. desde el punto de vista ginecológico.
Tratamiento: Continuar: Bellergal, Citrocholine, Sténandiol.

CASO N.º 17.—Señora V. J. (Lavallois), 28 años.
6 - III - 1958. Ovario izquierdo muy grueso, quístico y doloroso. Trastornos digestivos. Ansiedad. Dispareunia y xantorrea.
Tratamiento: Ovulos estreptosulfamida. Diatermia vaginal. Fitocolagogos. N-Oblivon, tres meses. Régimen alimenticio con restricción de grasas animales.
12 - IX - 1958. Adelgazamiento de 10 kilos en cuatro años. Poca mejoría. Náuseas matutinas. Ovulación muy dolorosa. Ovarios gruesos, prolapsados y dolorosos. Se aconseja intervención.
25 - II - 1959. Incisión de Pfannestiel. Ablación cuneiforme de los ovarios, muy gruesos y poliquísticos. Plastia de los pabellones de las trompas, ligeramente obturadas. Apendicectomía.
Tratamiento: Colagogos y coleréticos.
16 - IV - 1959. Muy buen resultado. Vuelta al trabajo. Desaparición de la dispareunia.

CASO N.º 18.—Señora S. I., 24 años.
14 - V - 1959. Aborto no provocado, de dos meses y medio, el 8 - IV - 58. Trastornos digestivos. Meteorismo muy acentuado el décimo día del ciclo. Apendicitis crónica.
Pruebas hepáticas, +. Ninguna parasitosis intestinal.
Histerografía: Cavidad uterina de bordes irregulares, trompa izquierda permeable, pabellón dilatado, trompa derecha no permeable, ovario derecho quístico, ovario izquierdo prolapsado y quístico.
5 - VI - 1959. Operación en la clínica B. Chaumont. Ablación cuneiforme de los ovarios. Trompas sanas permeables. Apendicectomía. (Ex. anatomopatológico en curso.) Postoperatorio, normal.

CASO N.º 19. Señorita B. O. (París), 28 años.
21 - III - 1956. Manifestaciones alérgicas de repetición desde 1955, sobre todo antes de las reglas. Tratada con Emgé y Fenergán.
24 - IV - 1958. Meteorismo y estreñimiento. Digestiones lentas. Vesícula muy sensible. Migraña. Reglas regulares, pero dolorosas.
Tratamiento: Tres meses, Cisteína, Cl. de Mg., antihistamínicos.
12 - VI - 1958. M. B., + 8 por ciento. Pruebas hepáticas, todas +. T. V.: ovarios gruesos y dolorosos. Persiste dermatosis alergiforme episódica (ovulación). Trastornos digestivos corregidos.
Tratamiento: Hormantoxone, Sulfarlem. Desensibilización a la foliculina (intradérmica).
Citada para ser vista a fin de junio. No acude.

CASO N.º 20.—Señora C. E. (Courbevoie), 42 años.
5 - IX - 1957. Desde hace dos años, signos de congestión pelviana. Congestión mamaria. Trastornos digestivos (náuseas y meteorismo), nervosidad hacia el décimoquinto día del ciclo. Dismenorrea.
T. V.: Ovario izquierdo grueso y quístico.
Tratamiento: Colina, coleréticos, fitocolagogos, durante algunos meses.
16 - III - 1959. Muy mejorada. Desaparición de los trastornos digestivos. Persiste ansiedad y nervosidad. Ovario izquierdo, muy doloroso. Ovario derecho, muy doloroso. Se aconseja intervención.
15 - IV - 1959. Ablación cuneiforme de los ovarios, quísticos.
Anatomopatología: 4574 G. El ovario examinado es rico en folículos primarios y secundarios, de los cuales uno especialmente muestra la presencia de un óvulo. Se ven numerosas cicatrices de cuerpo amarillo antiguo, al menos cuatro quistes luteínicos, así como una proliferación de células de tipo luteal que tienen tendencia a penetrar en el estroma ovárico. Por lo demás, el ovario se caracteriza por tres gruesos quistes foliculínicos.
4574 D. La trompa es proliferante y en estado de salpingitis crónica. El ovario presenta muy numerosos quistes de tipo lúteo, y se nota la presencia de la misma proliferación de células de tipo luteínico. No malignidad.
24 - V - 1959. Reglas dolorosas. Muy mejorada.
Tratamiento: Continuar citrato de colina, 3 gramos por día; Bellergal, Sulfarlem, durante tres meses, curas alternadas.

CASO N.º 21.—Señora de la R. M. (París), 42 años.
16 - II - 1956. Reglas irregulares. Crisis dolorosas el décimocuarto día. Migraña. Insomnio. Irritabilidad e inestabilidad. Dispareunia.
Histerografía: Cavidad uterina aumentada de volumen. Ovarios dolorosos y prolapsados.
Urea, 0'25. Colesterol, 2. T. hemoglobina, 80 por ciento. G. R., 4.360.000. Gr. S. O.-Rhésus, +. V. I., normal. Pruebas hepáticas, +. G. B., 7.200.
Tratamiento: Colagogos, diatermia vaginal, Sténandiol. Desensibilización a la foliculina.
1957-1958. La enferma se cuida muy irregularmente.
19 - IV - 1959. Migraña y trastornos digestivos importantes a mitad del ciclo. Ovarios muy gruesos, dolorosos. Mac Burney muy sensible.
Intervención, el 12 - VI - 1959: Ablación parcial de los ovarios (varios quistes de luteína y foliculina). Lesión importante del ovario derecho. Apendicectomía. Postoperatorio normal.
Tratamiento: Citrato de colina, 3 gramos al día, en forma de ampollas bebibles. Cl. de Mg. Hormantoxone.
Agosto 1959. Curación definitiva. Desaparición de los signos clínicos.

CASO N.º 22.—Señorita O. A. M. (San Sebastián).
15 - IV - 1959. Presenta desde la pubertad molestias hacia el décimocuarto día del ciclo. Sensación de hinchazón abdominal, dolores pelvi-perineales. Vesícula sensible. Estreñimiento. Náuseas matutinas con vómitos. Xantorrea acentuada. Tiroides aumentado de volumen. Reglas muy dolorosas y poco abundantes.
Metabolismo, +. Pruebas hepáticas, +.
Tratamiento: Diatermia transtiroidea. Curas vaginales sulfamidadas. Fitocolagogos. Coleréticos azufrados de síntesis. Régimen alimenticio: restricción severa de las grasas animales y féculas.
Mejoría rápida.
Las reglas del 7 de mayo y 5 de junio han sido mucho menos dolorosas y más abundantes.

CASO N.º 23.—Señorita P. Th. (Neuilly), 29 años.
9 - II - 1959. Presenta desde hace cinco años un síndrome hepatobiliar asociado a trastornos de las reglas. Náuseas, vómitos, repugnancia a los alimentos grasos, fatiga, xantorrea, distonía neurovegetativa.
Pruebas hepáticas, +. F. V.: hiperfoliculina absoluta. Glucemia, 1'05; calcemia, 0'070.
Cociente $\frac{\text{C. T.}}{\text{C. E.}}$: 0'70.
T. R.: ovarios gruesos, dolorosos, claramente poliquísticos.
Intervención (24 - II - 1959): Ablación parcial y decorticación de ambos ovarios (poliquísticos y nacarados). Apendicectomía.
Portoperatorio sin incidentes. Vuelta a ver en varias ocasiones, en abril y mayo. Ha reanudado el trabajo.
Tratamiento: Colina. Fitocolagogos. Tranquilizantes tipo N-Oblivon.
En junio y julio de 1959, muy mejorada; próximo casamiento.

CASO N.º 24.—Señora A. M., 43 años.
26 - VI - 1957. Diagnosticada de hiperfoliculinia, ha sido tratada desde hace tres años, sin resultado. Dermografismo. Manifestaciones alérgicas: piel, ojos, prurito vulvar una semana antes de las reglas. Ovulación muy dolorosa.
Tratamiento: Ermalone. Citrocholine efervescente, diez días. Sulfarlem, diez días. Fitocolagogos, diez días. Intradérmica de 1/10 de mgr. de benzoato de foliculina, tres días después de las reglas, durante tres meses. Cura termal en Chatel Guyon.
28 - I - 1958. Mucho mejor. Desaparición completa de las manifestaciones alérgicas. Vesícula todavía sensible. Se aconseja cura en Vichy y continuar los colagogos más Hormantoxone.
5 - X - 1958. Muy mejorada (reglas y alergia). Persisten algunos trastornos digestivos. Continuar el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

ALLEGRI *et* FERRARI.—«Action de la testostérone sur la stéatose hépatique provoquée par le phosphore». *Arch. S. Méd.*, 88, 440. París, 1949.

ARTROM et CORNATZ.—«The action of choline and fat on lipide phosphoylation in the liver». *J. Biol. Chem.*, 171, p. 779. 1947.

AUGUSTE, C.; PARIS, J., et CLAEY, C.—«Action des substances lipotropes sur les fonctions lipidiques du sérum». *Rev. Int. d'Hépat.*, 4, p. 99-104. 1951.

BAUMEL, J., et FASSIO, E.—«L'expression hépato-digestive de certains dysfonctionnements thyro-ovariens». *Presse Méd.*, 22, I. 55, n.º 5, p. 79-81.

BERTRAND, J.—«Affections hépato-cellulaires et glandes endocrines». *Bull. Méd.*, n.º 4, 15 fév. 1952, pp. 71-80.

BOITEAU, P.; NIGEON-DUREUIL, M.; RABINOWICZ, M., et RATSIMAMANGA.—«Présence du principe antitoxique de Sato en dehors du foie». *C. R. Soc. Biol*, décembre 1955.

BOTELLA LLUSIÁ, J.—«Hiperestronismo agudo. Endocrinología de la mujer», pág. 505. Ed. Científico Médica, Madrid, 1956.

CAPORAL, R.—«Intérêt de la thérapie anti-histaminique dans le traitement du syndrome hyperfolliculinique». *La Vie Méd.*, 38, janvier 1958.

CARRMN, C. H.—«Le test de Vargas-Rivoire». *B. A. H. A.*, 3, pp. 163-164. mai 1955.

CHAPART, R. L.—«Importance de l'intégrité hépatique dans l'appréciation de la pathogénie et le traitement des pertubations hormonales chez la femme». *Thèse Méd.*, París, 1956.

CHIRAY, M.; MOLLARD, et MAS-CHAS.—«Syndromes digestifs et pathologie neuro-hormonale». Ed. Maloine, París, 1944.

COTTET, J., et MATHIVAT, A.—«Les modificateurs du syndrome biochimique de l'arthériosclérose. Facteurs lipotropes». *J. Thér.*, París, 1955, pp. 181-187; Vitamine B, pp. 193-194; Vitamines A, C, D, P, pp. 194-195; Conclusions, pp. 195-197; Bibl., 197-204.

DENYS, A., et LEVY, J.—«Déterminations de l'activité de la pseudo-cholinestérase en présence de cholinestérase spécifique». *C. T. Soc. Biol.*, 28 juin 1947.

DURLACHS, J.—«Physiopathologie et traitement du syndrome prémenstruel». *Le Concours Méd.*, t. 81, 4 et 5, pp. 519-528 et 411-420, janvier 1959.

EDGE, N. D.; MASON. D. F. J., et WYLLIE. J. F.—«Some actions of substituted choline phenyl ethers, particularly of choline 2:6-xylyl ether». *Brit. J. Pharmacol.*, 12 (1957), pp. 312-319.

ETIENNE, G., et COLLESSON, L.—«Les migraines. Rôle du jour de leur pathogénie. Leur traitement par thérapeutique hépatique». *Bull. Soc. Méd. Hop.* París séance 1 fév. 1955.

FABER.—«Cholinestérase sérique dans les maladies». *Acta Medica Scand.*, 29 avril 1943.

FULTON, L. A., et LEE, R. E.—«Acute choline deficiency in albino rats: vascular contractility, vascular fragility, and blood pressure» (La déficience aiguë en choline chez les rats albines). *Proc. Soc. Exp. Biol. et. Met.*, 97, n.º 2, fev. 1958, pp. 288-291.

FUNCK-BREENTANO, P., et CHENE, P.—«Les interréactions gynéco digestives». *G. M. de France*, 1 juillet 1955, pp. 1.089-1.095.

GAUDIN, O.—«Acquisitions récentes dans le domaine de la physiopathologie hépato-biliaire». *Ann. Soc. Royale Sc. Med. et Nat. de Bruxelles*, vol. 2., pp. 55-69. 1949.

GELLER, S.; VALLIN, Y., et JAYLE, M. F.—«Résultats de l'exploration de la fonction oestrogénique dans le syndrome dit "Hyperfolliculinique"». *Rev. Fr. Etudes Clin. Biol.*, vol. 1-3, mars 1956.

GODLEWSKI, G.—«Le syndrome des trois carrefours». *Soc. Gastro-Enter. du Littoral Méditer.*, 12 février 1950.

GRUBER, E.—«Symptomatologie, étiologie et traitement de l'hyperfolliculinie». *Schweiz Med. Wschr.*, 81, 14-75. 51.

GUEDJ-DRAI. F. J.—«Contribution à l'étude du foie dans l'équilibre hormonal». *Thése Med.*, París, 1956.

GUERITEE, N.—«Ménopause et syndrome hépato-ovarien». Séance du Centre d'études et Rech. Geront., 26 janvier 1959.

HALPERN. B. N., et GAUDIN, O.—«Etude expérimentale de l'action stimulante du trithioparaméthoxyphénylpropène sur la cellule hépatique». *Arch. Int. Phar.*, 1950, n.º 1, pp. 49-79.

HARNAPP. G. O.—«Die Bedeutung der Citronsäure bei der Säuremilchernährung». *Monschr. Kinderh.*, 105, n.º 12, pp. 448-451, décembre 1957.

HERSCHBERG.—«Le syndrome huperhormonal de la préménopause». *La Clinique*, 428. 1950.

HERSCHBERG A. D.—«Les intradermotests avec les stéroïdes sexuels. Allergie et hypersensibilité hormonales». *La Clinique*, janvier 1958.

HORMIA, A., et HORMIA, M.—«Inhibition of chlorpromazine-caused fatty liver with choline chloride in the white rat». *Ann. Med. Exp. et Biol. Fenn.*, Helsinki, 35, n.º 4, pp. 375-379. 1957.

HUET, J. A.—«La physiothérapie des hépatites hyperfolliculiniques de la ménopause». Séance du Cent. Etud. et Rech. Géront., 26 - I - 59.

HUET, J. A.—«Le syndrome hépato-ovarien». *Et. et Thérapeutique*, 2.ª ed. Ed Exp. Sc., París.

HUET, J. A., et MARCHAL, J. A.—*Arch. Hosp.*, 5, 149-151. 1948.

JOHNSTON, N., et MCGEOWN, M. G.—«Renal lesions in choline deficiency in rats». *Ulster Med. J.*, 26, n.º 1, pp. 75-80, 1 mai 1957.

KAISER, W., et SCHMITT, H. H.—«L'allergie cataméniale». *Munchener Medz. Wochenschrift*, an. 99, n.º 30. pp. 1.017-1.075. 26 janvier 1957.

KOURILSKY, R.; HALPERN, B., et MARTIN, J.—«Etude exp. et clinique de l'action cholérétique d'un nouveau dérivé soufré de synthèse». *Presse Med.*, n.º 38, 26 juin 1948, pp. 457-458.

LEPRAT, J.—«Le syndrome prémenstruel». *Conc. Med.*, 2 janvier 1958.

MESMAIN, M.—«L'estérase de la choline sérique dans les affections hépatiques». *Thèse Mde.* París, 1949.

MINAGAWA.—«Studies on the detoxicating hormone of the liver, etc.». *Toh J. of Exp. Med.*, 1938. Vol. 32, n.º 1-2, p. 190.

NETTER. A.; HENRY, R.; LUMBROSO, P.; ASCHHEIM, S., et MASCHI, M.—«Sur certaines formes inédites de l'hiperandrogénie féminine». *Rev. Fr. Et. Clin. et Biol.*, vol. 1. 3, mars 1956.

NETTER, A.; PICARD, P., et CHAM-NAM-TSE.—«Les variations du pouvoir antihistaminique du sérum au cours du cycle menstruel». *Bull. Soc. Med. Hop.*, 66. p. 1.077, 16 juin 1950.

NOBILE. M.; BONFIGLIO, A., et PELLEGRINO. G.—«Colina e beri-beri aviario sperimentale». *Boll. Soc. Ital. Biol. Esper.*, 33, n.º 7, p. 1.187-88, juillet 1957.

OLMER, GASARD et GROS.—«Troubles endocriniens au cours des cirrhoses». *Sem. des Hôp. Paris*, 27, 2.591. 1951.

PAOLAGGI, J. A.—«Hormones et allergie». *Synthèse de Séméiologie et Thér.*, janvier-mai 1957.

PANTOLINI. M. I.—«A proposito de la ecolecistoakenosis aparoxina». *Pens. Med. Arg.*, 42, 1.277 sq. Mai 1955.

PARHON, C. I.—Congrès de l'Insuffisance hépatique. Vichy. 1937.

PARTURIER, G.—«Syndromes hépato-biliaires. Syndromes hépato-endocriniens». Vigot, Editeur. París, 1931.

PERRAULT. M., et KLOTZ, B.—«Que penser de l'hyperfolliculinie?». *Rev. Praticien*, t. V, 17, II. Juin 1955.

RAPPAPORT. A. M.; KNISELY, H. M.; RIBOUT. J. H., & coll.—«Microcirculatory changes in the liver of choline deficient rats». *Proc. Soc. Exp. Biol. & Med.*, 97. n.º 3 pp. 522-524, mars 1958.

RATSIMAMANGA, A. R., et HELLER. P. H.—«Contribution à l'étude des principes antitoxiques des organes extrahépatiques». Comm. faite au VII Cong. Int. de Patho. Comparée. Lausanne. 26 mai 1955.

ROSENAK. MOSER et KILGORE.—«Le traitement de la cirrhose hépatique par le propionate de testostérone». *Rev. Gastro-entér.*, 9. 965. 1947.

SAINT FUSCIEN. I. D. de.—«Etude expérimentale pharmacologique et clinique de l'hyposulfite de choline». *Thèse de París.* Beauvais. 1956.

SALIMON. F. L.—«Nabliudeniia za sodershaniem kholina v krovi pri zabolevaniiakh». *Terapevtisheskii Arkhiv*, 29, n.º 5. pp. 11-15. mai 1957.

SATO, A.—«Studies on the detoxicating hormone of the liver I st. Report. Effect of the detoxicating hormone of the liver». Toh. *J. of Exp Med.*, 1926. Vol. VIII. 2. 232.

SATO. A.—«Studies on the detoxicating hormone of the liver (Yacriton)». *Toh. Journ. of Exp. Med.*, 1930. Vol. XV. 5, 6 457.

SAVENKOV P., M.—«Primenenie kholina bol'nym koronarym aterosklerozom». *Sovetskaïa Meditsina* 21. n.º 8 pp. 13-20. août 1957.

SLUCZEWSKI. A.—«Intercorrélations hormono-hépatiques et hépato-hormonales». *G. Med. de France*. 1 - III - 52. pp. 259-276.

SUZUKI. K.—«Effect of yakriton (hormone of the liver) on anaphylaxis». *Toh. Journ. of Exp. Med.*, 1928. Vol. VI. 3. 282.

VARANGOT. J. et CEDARD, L.—«Contribution à l'étude du métabolisme des oestrogènes d'origine exogène dans l'espèce humaine». *Parth. Biol.*, juillet 1958. pp. 1.034-1.042.

WADE. L.; NEUDORFF, L.; FRITZ. H., et KARL, M.—«The effect of choline, methionine and law fat diet on the life expectancy of pationts with cirrosis of the liver». *J. of Lab. and Clin. Med.*, 33. p. 1.123, 48.

WAHLEN. T.—«Allergie endocrinienne». *Acta Obst. et Gyn. Scand.*, vol. 34 fasc. 2, pp. 161-170. 1955.

WALTER H., et NEPVEUX FL.—«Fonction antitoxique du foie et cure de Vichy». Comm. Acad. Med. de París, 21 février 1950.

WALLET. M.—«L'hyperfolliculinie». *Thèse* París, 1946. Masson. Ed., París.

Dirección: 117, Boulevard Bineau, Neuilly - París.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960

DIURÉTICOS DE SÍNTESIS

POR EL

DR. F. DAUCHY

INTERNO DE LOS HOSPITALES

PARÍS

Por diuréticos de síntesis entendemos lo que PITTS llama diuréticos farmacológicos, es decir, diuréticos que inhiben específicamente el transporte de los iones Na+ o Cl−, o de estos dos iones, y diuréticos que interfieren en el cambio de los iones H+ con los iones Na+. Revisaremos, pues, sucesivamente: los xánticos, los mercuriales, la acetazolamida y la clorotiácida.

I. XÁNTICOS

Especialmente, teobromina y teofilina.

1) *Modo de acción.*

Diuréticos por disminución de la reabsorción tubular y por vasodilatación glomerular.

2) *Formas farmacéuticas. Posología. Incidentes.*

a) Para la teobromina:

Teobromina Invar o Nativelle, presentada en sellos de 0'50 gr.: 4 a 6 gramos en las veinticuatro horas.

Teobromina salicilato de sodio (Diuretina).

Teobromina litio (Théobromose).

Posibilidad de trastornos nerviosos (vértigos, cefaleas) o digestivos (náuseas, vómitos).

b) Para la teofilina.

Teofilina etilendiamina (Teofilina Bruneau).

Comprimidos de 0'10 gr.: tres en las veinticuatro horas.

Supositorios de 0'35 gr. (adultos) y 0'10 gr. (niños): uno o dos en las veinticuatro horas.

Ampollas de 0'25 gr., vías intramuscular e intravenosa.

Posibilidad todavía de incidentes digestivos.

Si se utiliza la vía intravenosa, poner la inyección lentamente, si no hay riesgo de malestar o de náuseas.

La vía parenteral no se aconseja en niños por debajo de cinco años.

3) *Indicaciones.*

Los edemas de la insuficiencia cardíaca, no como tratamiento de ataque, sino como tratamiento de entretenimiento después del ataque por los mercuriales, por ejemplo.

Algunas nefritis edematosas subagudas o crónicas.

4) *Contraindicaciones.*

Glomerulonefritis agudas, infecciosas o tóxicas.

II. MERCURIALES

1) *Modo de acción.*

Disminución de la reabsorción tubular, acarreando una diuresis acuosa y sódica.

2) *Formas farmacéuticas. Posología.*

a) Asociación mercurial-teofilina.

Novurit: grageas a 0'074 gr. de mercurial y 0'037 gr. de teofilina: tres a seis por día; supositorios a 0'50 gr. de mercurial: uno al día; ampollas de 1 y 2 ml. (1 ml. = 0'10 gr. de mercurial y 0'05 gr. de teofilina), en inyección intramuscular o intravenosa, pero nunca subcutánea: una al día.

Polyurène: ampollas intramusculares o intravenosas; una ampolla: 0'26 de producto. Con objeto de la inyección intravenosa, diluir en 10 ml. de suero glucosado isotónico; una ampolla al día.

b) Asociación mercurial-mercaptol.

Mercaptomérine: frascos conteniendo 0'28 gr. de producto para disolver en 2 ml. de agua. Utilizable por vía subcutánea. Una ampolla al día.

3) *Precauciones a tomar.*

El enfermo puede ser hipersensible al mercurio, traduciéndose esta hipersensibilidad por erupciones cutáneas, náuseas, vómitos, accidentes sincopales (con ocasión de la inyección en vena). *Empezar siempre la cura mercurial por dosis débiles;* por otra parte, no solamente para probar la sensibilidad del enfermo, sino también para ver si el producto es activo y vale la pena emplearlo.

Los mercuriales son productos tóxicos; la sobredosificación puede llevar consigo una pérdida exagerada de sodio, causa de calambres, astenia, hasta una verdadera nefritis mercurial. *Respetar la posología, administrar el producto por curas de dos días por semana, no prolongar demasiado las curas.*

Los mercuriales pueden acarrear una hipocloremia con alcalosis, estando el exceso de los iones Na+ compensado por una elevación de los bicarbonatos. Puede resultar de ello una anulación de los efectos diuréticos; los mercuriales ya no actúan en caso de alcalosis. Por otra parte, este exceso de iones Na+ lleva el riesgo de acarrear un desplazamiento de los iones K+, una hipocaliemia. *Administrar en el intervalo de las curas cloruro de potasio* (2 a 3 gr. por día) *y cloruro amónico* (3 a 6 gr. por día).

4) *Indicaciones.*

Edemas de la insuficiencia cardíaca.

Edemas de los hepáticos.

Retenciones salinas en algunas obesidades.

5) *Contraindicaciones.*

Glomérulonefritis agudas asociadas a insuficiencia cardíaca.

Nefritis crónicas con albuminuria e hiperazotemia.

III. Acetazolamida (Diamox)

1) *Modo de acción.*

Inhibidor de la anhidrasa carbónica, enzima que cataliza la reacción $CO^2+OH^2=CO^3H^2$, ulteriormente ionizado en CO^3H- y $H+$.

Si esta reacción es inhibida, ya no hay iones $H+$. Como éstos se cambian con los iones $Na+$, aquéllos son eliminados con el agua de acompañamiento, de donde el efecto diurético.

2) *Forma farmacéutica. Posología.*

Diamox Théraplix, presentado en comprimidos dosificados a 0'25 gr., 5 a 10 miligramos por kilo, en las veinticuatro horas.

3) *Precauciones a tomar.*

Eliminándose el producto lentamente, *administrar la dosis diaria de una sola vez.*

Al cabo de cuarenta y ocho horas, la acción sobre el sodio se agota: *administrar el medicamento por curas cortadas de uno o dos días, para renovar cada cuatro o cinco días.*

Se sabe que, como los iones $Na+$, los iones $K+$ se cambian también con los iones $H+$. En consecuencia, si ya no hay bastantes iones $H+$ a nivel renal, el potasio se elimina con el sodio, de donde la posibilidad de hipocaliemia, sobre todo en casos de curas prolongadas. *Administrar cloruro potásico* (2 a 3 gr. por día).

La detención en la producción de los iones $H+$ por el medicamento se acompaña de una parada de la producción de los iones CO^3H-. De aquí la tendencia a la acidosis. *No administrar jamás cloruro amónico,* sal acidificante. Por otra parte, esta tendencia a la acidosis que desarrolla el diamox, independientemente del hecho que ella lleva de ser peligroso para el enfermo, acarrea una inhibición del medicamento en su acción, al actuar mal el diamox en medio ácido (otro interés de las curas cortas).

Posibilidad de incidentes digestivos (anorexia, gastralgias, diarreas) o nerviosos (somnolencia, fenómenos de borrachera).

4) *Indicaciones.*

La gran mayoría de los estados edematosos, comprendidas las retenciones hidrosalinas de ciertas obesidades y de los edemas premenstruales, preeclámpticos o terapéuticos.

5) *Contraindicaciones.*

Nefritis graves y estados de acidosis (diabetes).

Edemas de los cirróticos: de hecho, éstos no constituyen una contraindicación mayor al Diamox, a condición de dar potasio y de vigilar de forma muy rigurosa la caliemia.

IV. Clorotiacida (Diurilix)

1) *Modo de acción.*

Verdaderamente doble: participa a la vez del de la acetazolamida (inhibición de la anhidrasa carbónica) y del de los mercuriales (disminución de la reabsorción de los cloruros).

2) *Forma farmacéutica. Posología.*

Diurilix Théraplix, presentado en comprimidos dosificados a 0'50 gr.: dos o tres comprimidos por día, en el adulto.

Dos aspectos químicamente un poco diferentes en vía de comercialización: la hidroclorotiacida y la fluorotiacida.

3) *Precauciones a tomar.*

Eliminándose el producto rápidamente, es preferible *proceder a una administración por tomas fraccionadas* (un comprimido, tres veces al día).

No teniendo tendencia a agotarse la acción como en el caso de la acetazolamida, no es necesario administrar el medicamento por pequeñas curas entrecortadas por períodos de reposo.

La tendencia a la hipocaliemia persiste: *administrar cloruro potásico* (2 a 3 gramos por día).

4) *Indicaciones.*

Prácticamente, todos los síndromes edematosos parecen poder beneficiarse de la clorotiacida. Sin embargo, conviene ser prudente si se prescribe en cirróticos (riesgo de coma, vigilar la caliemia).

Conclusión

Hemos señalado más arriba un esquema que muestra qué diuréticos son los más apropiados a los diversos tipos de edemas. Esta exposición es naturalmente muy esquemática. Por otra parte, es preciso tener en cuenta, no sólo el contexto clínico, sino también el biológico; si el laboratorio muestra que se trata, sobre todo, de hacer perder sodio o de reducir una alcalosis, el diamox estará particularmente indicado. En presencia de un exceso de cloro, será preferible un mercurial. De todas formas, los exámenes de laboratorio (natremia, caliemia, cloremia, reserva alcalina) se imponen en todo enfermo que haya de ser sometido a la acción de un diurético de síntesis de manera que se pueda juzgar de los beneficios (o de los perjuicios) de éste.

Traducción por el doctor J. Rivera Ramos, de «Le Concours Medical», n.º 46, 1959. París.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960
I. LIBROS

AUTORES NACIONALES

DICCIONARIO ALEMÁN-ESPAÑOL Y ESPAÑOL-ALEMÁN DE MEDICINA, *por* FRANCISCO RUIZ TORRES. *Un vol. (17'5 por 25 cm.) encuadernado en tela. Precio: 600 pesetas. Editorial Alhambra, S. A., Claudio Coello, 76, Madrid. 1959.*

EL desarrollo trascendental de las ciencias auxiliares de la Medicina, la avalancha de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, han roto los cauces en que transcurría la Medicina de hace veinticinco años y originado una revolución que se manifiesta claramente en la introducción en el lenguaje médico de numerosos términos que, originados muchos de ellos en idiomas extraños, encuentran una difícil introducción al nuestro. No es de extrañar, por lo tanto, que si existen a veces dificultades en la interpretación de un texto español, éstas sean frecuentemente insuperables cuando el trabajo a leer se encuentre en idiomas como el alemán, que siempre ha sido dificultoso para nuestra formación latina.

El interés del libro del doctor Ruiz Torres es doble; por un lado recoge 68.000 términos del idioma alemán, utilizados dentro de la literatura médica; por otro lado, y quizá en esto radica el mérito mayor de este diccionario, muchos de ellos no se traducen por una palabra, sino que se expresa en una frase breve la significación precisa de la misma, facilitando su comprensión y hallazgo del vocablo más adecuado en nuestro idioma.

La impresión es muy cuidada, y unos dibujos que acompañan a cada letra disminuyen la aridez de este tipo de publicaciones. Creemos que este diccionario, muy superior a los que manejamos de ordinario, facilite al público médico la adquisición de conocimientos escritos en idioma alemán.—V. PEG JUARRERO.

TUMORES BENIGNOS ENDOBRONQUIALES, *por* E. BIETO. *Una monografía (14'5 por 21 cm.) de 112 páginas, con 92 reproducciones fotográficas en el texto; rústica. Editorial Científico Médica, Barcelona, 1959.*

EL autor pertenece al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Militar de San Pablo, y fue alumno del profesor Raventós Farreróns. Viene esta monografía prologada por el profesor Tapia, que, cuando comenta los hechos descritos por el autor, dice que son irrebatibles. Los modernos métodos de exploración han puesto en evidencia la frecuencia de los tumores benignos endobronquiales que hoy se tratan quirúrgicamente con gran éxito.

Queda dividido el librito en cuatro partes, tratándose en ellas las bases en que se fundamenta el concepto de benignidad de los adenomas y tumores poliposos, sus estudios anatomopatológicos, la clínica y cuál es su tratamiento.

Como es natural, interesa este libro, preferentemente, a los anatomopatólogos y a todos los especialistas del tórax, por ser una excelente monografía, en nuestro idioma, de problema tan actual en la patología respiratoria. Es interesante comprobar cómo las hemoptisis de los adenomas bronquiales, tan rebeldes a todo tratamiento, curan radicalmente después de una apropiada intervención, consecutiva a un correcto diagnóstico que el estudio postoperatorio del tumor o del lóbulo extirpado confirma, y cómo queda el enfermo, con frecuencia en jóvenes, completamente curado.—SAMITIER.

AUTORES EXTRANJEROS

CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LOS PROCESOS TROMBOEMBÓLICOS, *por los doctores* TH. NAEGELI *y* P. MATIS. *Un volumen (17'5 por 25 cm.) de 584 páginas, con 228 figuras en negro y color; encuadernación en tela. Javier Morata, Editor, Madrid, 1959. Distribuído por Editorial Científico Médica, Vía Layetana, 53, Barcelona.*

UN grupo de autores alemanes, todos ellos profesores o de reconocida solvencia en el campo de las afecciones vasculares, incluso algunos con renombre mundial, colaboran en la presente publicación. Tratan los procesos embólicos, y a ningún clínico se le escapará el interés del tema, pues a pocos enfermos que se visiten, no se tardará en tener que diagnosticar y tratar, cuando menos médicamente, el siempre acuciante y gravísimo síndrome de la abstrucción circulatoria.

Sin duda, es mucho el bagaje adquirido durante los últimos lustros sobre el conocimiento y tratamiento de los enfermos afectados de procesos tromboembólicos, por lo cual el médico con ejercicio profesional tiene la obligación moral de conocer a fondo su diagnosis y las ideas básicas sobre tal terapéutica, tendente a evitación de la progresión del trombo, tratamiento de su localización y hasta amortiguando las causas de la enfermedad embolígena.

Muchas son las ventajas que ofrece la presente publicación. Enumerarlas todas resultaría tarea casi imposible. Bástenos decir que, además de la puesta al día de materias tan trascendentes en el orden práctico, presenta la extraordinaria ventaja de recopilar en un solo volumen, extenso y bien documentado, todo lo concerniente a la clínica de tales síndromes, sin que el lector tenga, ante un problema que se le plantee, tener que consultar datos dispersos en varios tratados. Por otra parte, está redactada la obra con un estilo sencillo, didáctico, con finalidad práctica, ilustrada de continuo con figuras, diagramas, gráficos y cuadros resúmenes, sin escatimar esfuerzos por parte de sus redactores ni del editor.

En dos grandes partes puede considerarse dividida. En la primera se expone la fisiología de la coagulación, formación del trombo y su posterior destino, enfermedad embolígena, influencia desencadenante en los procesos tromboembólicos de tipo meteorológico, diagnóstico (embólico y de los trastornos de la coagulación) y tratamiento curativo y profiláctico. La parte segunda comprende la descripción clínica de la trombosis con su localización en extremidades, pulmón, corazón, abdomen y sistema nervioso central, dedicando también apartados especiales para las embolias en tocoginecología, manifestaciones dermatológicas en tales síndromes y profilaxis en cirugía.

Aun cuando la obra presenta la desventaja de no ser debida a un solo autor, con las obligadas interferencias de asuntos similares en distintos apartados, puede afirmarse que existe una cierta unidad en sus expresiones y en su redacción, sin otras repeticiones que aquellas obligadas en un tratado enfocado con miras prácticas. Puede resumirse en más de sesenta mil casos la experiencia de sus autores, a juzgar por sus propias palabras, con trabajos incesantes desde hace muchas décadas.

Será difícil, durante mucho tiempo, superar la obra que comentamos, dentro de su especialización, pudiéndose catalogar, con toda clase de garantías, como libro maestro que sólo será capaz de perder vigor por los nuevos descubrimientos que en el devenir histórico de esta rama de la Medicina logre adquirir, pero conservará siempre un fondo documental directo, vivido a la cabecera del enfermo o nacido de la práctica quirúrgica. Los médicos de habla española podemos congratularnos de poseer en nuestro idioma una obra tan recia y profunda como la presente, alardes de novedad y con la meticulosidad que caracteriza a los autores alemanes. La traducción, siempre difícil, en este caso ha resultado ágil e impecable, contribuyendo a su éxito la pulcra edición realizada por la siempre maestra Editorial Morata, que no ha regateado ni dinero ni esfuerzos en su impresión.—LUIS DEL CAMPO.

LOS DOLORES TORÁCICOS, *por* H. VANNIER. *Un vol. (13'5 por 18 cm.) de 158 páginas; rústica. Precio: 1.000 francos. Edit. G. Doin, 8, Place de l'Odeón, París. 1959.*

LA homeopatía —dice el profesor Vannier en el prólogo del librito de su hijo— es una medicina esencialmente individual y es la verdadera «medicina humana». Este tratado es una «semeiótica clínica y terapéutica». El dolor torácico puede provenir de la caja torácica (intercostal, traumatismos, hemotórax, induraciones mamarias postraumáticas, celulitis, mastoiditis y desplazamientos vertebrales) o de origen propiamente pleural (pleuresías, pleuritis, pleurodinias, derrames reumáticos o el dolor aórtico). He aquí otras causas del dolor torácico: de causa pulmonar o bronquial (traquítis agudas, afecciones parenquimatosas que dan puntos de costado), de origen cardiovascular, angina de pecho, infarto de miocardio (síndrome doloroso torácicoanterior y pericarditis), dolor torácico

de origen esofágico (la disfagia), y cuando la causa radica en abdomen (aerofagia y afecciones hepatobiliares).

En la tabla de los remedios homeopáticos leemos una extensa medicación que empieza con el «Abies nigra» y termina con el «Zincum», utilizando siempre la terminología latina.

Las historias clínicas son muy completas; por ellas se puede ver la evolución de la enfermedad que fue diagnosticada principalmente por el síntoma dolor. Así, por ejemplo, fatiga cardíaca con dolores retroesternales, fue tratada con «spigelia-ignatia Hhus Tox», o en el caso de una celulitis en una paciente menopáusica, que la trató con «oxalic acidum-lycompodium-sulfur-Lachesis», este último por los trastornos circulatorios que padecía la enferma, que por fin curó. Unas secuelas de «zona» las trataron así: «Zicum, Solidago», desaapreciendo el síndrome doloroso.

La homeopatía tiene en Francia muchos seguidores, y fruto de los partidarios son los libros que frecuentemente aparecen de este arte de curar. Tienen también su *Rvista de Homeopatía*, de la que es director el autor del prólogo de este librito interesante.—SAMITIER.

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA INFANTIL, *por el profesor* MAX GROB. *Traducción del doctor* J. A. VELASCO. *Un vol. (18 por 26 cm.) de 765 páginas, con 1.310 ilustraciones en negro y color; encuadernación en cartóntela. Javier Morata, Editor. Madrid, 1958.*

LA importancia de la obra que hoy presentamos dispensa su comentario un poco tardío, toda vez que su edición data de mediados de 1958.

Por una parte, ha venido a llenar el vacío que teníamos desde hace varios años por la falta de publicaciones, de compendios, sobre patología quirúrgica infantil. Por otra, el doctor M. Grob ha unido, junto a su saber como cirujano, la experiencia clínica infantil adquirida durante los muchos años que lleva en la Clínica Pediátrica de la Universidad de Zürich, con nombramiento, desde el año 1939, de jefe del Departamento de Cirugía, lo que hace que al leer esta magnífica obra se observe cómo la escuela del ilustre profesor Fanconi queda reflejada en sus páginas.

El tratado está dividido en diez capítulos, en los que se seleccionan las afecciones quirúrgicas más importantes y más frecuentes en la práctica, en las distintas regiones del cráneo, macizo facial, cuello, tórax, abdomen, sistema urogenital, columna vertebral, piel y partes blandas, huesos y articulaciones. El primer capítulo está dedicado a tratamientos pre y postoperatorios y anestesia.

A la precisión de conceptos con que se describen en sus aspectos etiológico, anatomopatológico, clínico y terapéutico, las distintas afecciones quirúrgicas, se une la abundancia de fotografías, dibujos y láminas en colores, que, además de su amenidad, dan una clara visión de la técnica operatoria, siendo por todo ello un libro eminentemente didáctico y del cual queremos destacar, por su magistral descripción, las páginas dedicadas a cardiopatía y malformaciones congénitas.

Como dice muy bien el profesor doctor Suárez en su prólogo de presentación, este libro tiene tanto interés para cirujanos como para pediatras, pues éstos son los primeros consultados en estas afecciones quirúrgicas y son los que marcan la pauta terapéutica.

La traducción a la lengua española, perfecta, ha sido realizada por el doctor Velasco, seguidamente de la aparición de la edición en lengua alemana. Por ello, como por la esmerada presentción de la obra, en la que descuella la excelencia de las láminas reproducidas, felicitamos muy sinceramente a la Editorial Morata.—L. ROS LAVÍN.

LA VENEREOLOGÍA DEL TOMBOLO, *por* JOVINO MAZZACURATI. *Un vol. (17 por 24 cm.) de 166 páginas; rústica. Precio: 2.000 liras. Edizioni «Omnia Medica», Pisa. 1959.*

ES la obra de estudio de epidemiología de las enfermedades venéreas en una región italiana conocida con el nombre de Tombolo, que ocupa Livourone, Viareggio y Pisa como capital. Está dividida en seis capítulos y un apéndice, con más extensión de ciento sesenta y seis páginas.

Se ocupa el autor de la situación social de la región y de la actividad desarrollada en el Dispensario de Pisa, de 1946 a 1950, observándose cómo existe un aumento de la morbilidad venérea en el período de 1947-1948, y una franca y manifiesta regresión en 1949-1950. Se ocupa de los medios puestos en práctica como método de lucha contra las enfermedades venéreas.

En su última parte está destinada a varios resúmenes de trabajos realizados en la Clínica Venereológica de Pisa, ya publicados en diversas revistas. — E. DE GREGORIO.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960

REVISTAS

NACIONALES

HISTORIA DE LA MEDICINA

ZUBIRI, F. (Zaragoza). — «MIGUEL ZURITA, MÉDICO ARAGONÉS DEL SIGLO XV.» *Publicaciones de la Institución «Fernando el Católico», págs. 351-354. Zaragoza, 1959.*

EL autor, infatigable investigador de la historia de la Medicina, con especial referencia a la aragonesa, da a la publicidad la biografía de un físico o médico, Miguel Zurita, cuya estrella brilló en el primer tercio del siglo XV y a quien apenas si se ha hecho referencia hasta la actualidad por los eruditos.

Con la agilidad mental que caracteriza al doctor Zubiri, con su claro y galano estilo nos relata la formación cultural de su biografiado en Salamanca, a pesar de ser natural de Mosqueruela, comarca aragonesa, y tener Facultades de fama cimentada mucho más próximas: Huesca y Lérida. Señala cómo hacia el año 1495 ejerció la profesión en Alfaro, de donde, en su paso por allá, los Reyes Católicos, apreciando sus extraordinarias dotes, lo llevaron consigo, alcanzando los máximos cargos del protomedicato y asistiendo con su ciencia y arte, además de a estos monarcas, a su hija Juana la Loca, nieto Carlos V y probablemente a Felipe II, llegando al profesorado de la Universidad de Barcelona.

Nos transcribe el autor algunas cédulas reales mediante las cuales se designa al médico Zurita para ocupar honrosos cargos, como el de asistir, durante su enfermedad y cautiverio en Madrid, al monarca francés Francisco I, finalizando con interesantes aportaciones sobre su descendencia y matrimonios, cabiendo constatar como hijo suyo al celebérrimo historiador Jerónimo Zurita.

El presente trabajo, que fue discutido en las III Jornadas Médicas Aragonesas, recibió los aplausos de todos los concurrentes y los plácemes de quienes intervinieron, doctores Galán y Oliver, a los que unimos los nuestros, felicitando efusivamente al autor por su lección, forma expositiva e incansable actividad digna de imitarse.—LUIS DEL CAMPO.

APARATO CIRCULATORIO

AGOTE POVEDA, I. J.; ARIAS MARTÍNEZ, J., y ALONSO, L. — «CLOROTIAZIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.» *«Revista Clínica Española», 74, 1, 29. Madrid, 1959.*

LOS autores han tratado a catorce enfermas de hipertensión arterial mediante el reposo, dieta hipocalórica y clorotiazida como única medicación, con el fin de comprobar sus propiedades hipotensoras. La dosis utilizada fue de 1 a 1'5 miligramos diarios, y el tiempo de tratamiento osciló entre trece y treinta días, con un promedio de dieciocho. En todos los casos se apreció un aumento de la diuresis, especialmente en los primeros días. Una mejoría clara del estado general y un marcado descenso de las cifras tensionales, que afectó tanto a las cifras de tensión máxima como a las de la mínima.

La tolerancia fue buena, y los resultados, comunes a los obtenidos por otros autores, permiten considerar a la clorotiazida como un eficaz medicamento antihipertensivo. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

SÁNCHEZ CARROS, A.; DE RABAGO, P., y SOKOLOWSKY, M.—«LA PALPACIÓN DEL CORAZÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS HIPERTROFIAS VENTRICULARES.» *«Revista Clínica Española», 74, 1, 9. Madrid, 1959.*

LA introducción de las modernas técnicas de exploración cardiológica (radiografías, fonocardiografía, electrocardiografía, cateterismo, etc.) ha hecho que se prescinda en muchas ocasiones de los datos proporcionados por la exploración clínica, siendo tal vez la palpación cardíaca la técnica exploratoria que ha sido más arrinconada.

Por esto consideramos de gran interés el presente trabajo, en el que los autores comparan los resultados obtenidos mediante la palpación del corazón con los proporcionados por las modernas técnicas, llegando en

la mayoría de los casos estudiados a la comprobación operatoria o necróptica.

Llegan a la conclusión de que para el diagnóstico de las hipertrofias ventriculares la palpación tiene un valor igual o superior al de otras técnicas, con la ventaja de su sencillez.

La palpación debe extenderse a la región de la punta, donde se precisa su situación, intensidad, duración y eventual percepción de fremitos, sirviéndonos para conocer las hipertrofias del ventrículo izquierdo según el tipo de desviación. En el borde esternal izquierdo la percepción de pulsación es casi siempre patológica, debida a hipertrofia ventricular derecha o a un aneurismas postinfarto.

En el epigastrio, el latido puede deberse a la aorta abdominal o al ventrículo derecho hipertrofiado. La existencia de pulsación en el área pulmonar es un claro indicio de hipertensión en el circuito pulmonar.

Creen los autores que el método tiene su mayor valor en el diagnóstico de las hipertrofias biventriculares, así como en los casos de estenosis pulmonar pura o ventrículo único. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

PENAS GOÁS, F. (Santiago). — «SOBRE LA ACCIÓN TERAPÉUTICA DE LA RIBOFLAVINA EN EL SÍNDROME CÓCLEO-VESTIBULAR.» «*Anales de la Facultad de Medicina de Santiago*», *vol. III, núm. 3, tercer trimestre de 1957, páginas 351-371.*

En un interesante trabajo, hace una clasificación del síndrome cócleo-vestibular según las reacciones frente a la histamina, dividiéndolos en positivos, negativos e intermedios. Los primeros —dice— muestran carencia de riboflavina; tienen sensación vertiginosa de balance, sin vértigo rotatorio; sordera conductiva, unas veces; otras, asociada a la de percepción, y acúfenos rítmicos.

Los histaminonegativos muestran carencia de radical nicotínico, con sensación de vértigo rotatorio y sordera de percepción, con acúfenos de carácter continuo.

Los que tienen reacción intermedia participan de características señaladas en ambas. Los que mejor resultado obtienen, sobre todo en lo referente a los vértigos, son los del tipo intermedio, según el autor. Deduce que por ser el órgano de Corti avascular, no pueden atribuirse a fenómeno vasomotor los efectos beneficiosos de la riboflavina, exigiendo para su función la existencia de coenzimas, de los que el más importante es la nicotina.

Las exploraciones de los enfermos a base de signos espontáneos, pruebas funcionales, de la más avanzada técnica —cúpulometría, nistagmografía, medida de tonometría ocular y tensión de la arteria central de la retina—, aparte de las pruebas clásicas rotatoria, calóricas, galvánicas, cronaximetría, junto con los audiogramas tonales liminares por vía aérea y ósea, así como supraliminares —*recruitment*, umbral diferencial, vocal, etc.—, antes y después del tratamiento, sólo se han podido hacer con un trabajo de equipo, propio de una Facultad.—JOSÉ. R. MOZOTA SAGARDÍA.

SAN PÍO, D. (Zaragoza).—«EL MOMENTO ACTUAL DE LA CIRUGÍA DE LA SORDERA.» «*Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza*», *tomo VI, núm. 4.*

En este interesantísimo trabajo del doctor San Pío se hace un resumen de los tratamientos que se emplean en la actualidad para combatir quirúrgicamente las sorderas de transmisión. Hace un relato sucinto de lo que oyó y vio en el «Curso de Cirugía de la Sordera» que se celebró en París los días 9 al 14 de junio de 1958. Llamó la atención la ausencia del profesor Sourdille, que figuraba invitado a presidir algunas sesiones.

Limitado el curso a escasos auditores, por el carácter teórico-práctico del mismo, fue interesantísimo, pues más que la unidad de criterio, que no la hubo entre los conferenciantes, para sentar las indicaciones quirúrgicas, fue la exposición de los diversos puntos de vista de cada cirujano de la nación vecina. Así, mientras Pierre Clerc afirmaba que la fenestración había muerto, Salomón Danic se mantenía en que era la fenestración la que obtenía mejores resultados permanentes, la más reglada, la de mayor tanto por ciento de buenos resultados cuando estaba bien indicada la intervención y bien ejecutada la operación. El profesor Aubry, con criterio ecléctico, decía que las dos intervenciones, movilización de estribo (con cirugía sobre platina y estribo) y fenestración, tenían indicaciones distintas y precisas. En lo referente a timpanoplastias, había quien seguía desde la miringoplastia hasta la construcción de una pequeña caja, o una fenestración con bloqueo de ventana oval, hasta el profesor Bourdial, que afirmaba que él respetaba siempre los huesecillos, aun lesionados, «parce que j'aime beaucoup les osselets».

De todo ello sacó consecuencias magníficas el espíritu observador del doctor San Pío, bien preparado, para iniciarse en este campo de la cofocirugía, siempre abierto para el trabajador y estudioso, como lo muestra en el trabajo publicado.—J. R. MOZOTA SAGARDÍA.

DERMATOLOGÍA

MERCADAL PEYRI, J. — «SOBRE UN CASO DE OSTEOMAS MÚLTIPLES CUTÁNEOS.» «*Actas Dermosifiliográficas*», *núm. 4, año L, págs. 250-259, mayo 1959. Madrid.*

El enfermo en cuestión presenta la novedad de estar afecto de una osteomatosis múltiple cutánea, de asiento exclusivo en miembros inferiores, en el que patogénicamente se debe tener en cuenta quizá un terreno abonado, en el cual la calcemia y la fosfatemia podrán jugar su papel o solamente ser consecuencia de dicho estado, pero en el que, sin duda alguna, cabe retener el hecho de presentar en ambas tibias las lesiones descritas con todo detalle en el presente artículo, seguramente debidas a los traumas padecidos, y de las que da la impresión que por el movimiento ascendente de «vis a tergo» o por vía vascular quizá en este caso linfático-vascular interfascicular muscular o intermuscular se proyectan células hacia la superficie cutánea, metastatizando en su dermis y dando lugar a las formaciones óseas que presenta el enfermo.

El presente caso le parece al autor muy diferente, patogénicamente, del «exerzierknochen» de los autores alemanes, ya que no tiene antecedentes de trabajo físico de fatiga, ni aun cuando trabajaba en el campo durante sus primeros quince años de existencia, pues si bien en aquel entonces usaba abarcas, tal como ha hecho constar en el historial, su trabajo era lento, pacífico y sin clase alguna de fatiga.—FELIPE VARA SANTOS.

UMBERT TORRESCASANA, E., y PONS POCH, R. — «RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS POMADAS DE HIDROCORTISONA-NEOMICINA EN MICRODISPERSION HOMOGÉNEA.» «*Actas Dermosifiliográficas*», *núm. 4, año L, páginas 266-270. mayo 1959. Madrid.*

Los eczemas microbianos curaron totalmente de sus lesiones en breve espacio de tiempo y en un término medio de dos a siete días.

En los casos de acné necrótico los resultados fueron brillantes, obteniendo la curación en pocos días, habida cuenta la extremada sensibilidad del estafilococo a la neomicina y la hiperergia, que es el sustrato de esta afección.

Las neurodermatitis de la nuca se modificaron notablemente, si bien fue preciso apelar a la medicación interna para su total resolución, y algunas veces, al tratamiento radioterápico.

Los casos de eczema numular mejoraron; sin embargo, precisaron de medicación complementaria, orientada a combatir el factor etiológico causal.

También se lograron resultados muy brillantes en el eczema del lactante y en los casos de eczema rubrum.

Las dermatitis profesionales tipo eczema de contacto precisaron de medidas encaminadas a suprimir el reactógeno causal y los agentes irritativos concausales.

Un prurito vulvar, por tratarse de un caso crónico en enferma neurótica hiperexcitable, precisó de un tratamiento con Largactil en comprimidos, que resolvió el caso, por lo que el tratamiento tópico fue insuficiente. En otros dos casos los resultados fueron espectaculares.

También tuvieron buenos resultados en el prurito anal y en las quemaduras.—FELIPE VARA SANTOS.

VILLANOVA, X., y GIMÉNEZ CAMARASA, J. M.—«IMPORTANCIA ACTUAL DE LAS PRUEBAS EPICUTÁNEAS LLAMADAS «STANDARD» EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS ECZEMAS POR CONTACTO.» «*Actas Dermosifiliográficas*», *número 4, año L, págs. 243-249, mayo 1959. Madrid.*

Aun sin dejar de reconocer la importancia diagnóstica que las pruebas epicutáneas «standard» pueden ofrecer para aclarar la noxa responsable de los eczemas de contacto, es mucho más valiosa la historia clínica completa y detallada que nos orientará hacia la prueba epicutánea dirigida.

Tan sólo las pruebas «standard» continúan siendo útiles en aquellos casos en los cuales el interrogatorio más cuidadoso no permite incriminar ninguna sustancia con probabilidad.—FELIPE VARA SANTOS.

RODRÍGUEZ-PÉREZ, A. P., y JAQUETI DEL POZO, G.—«NUEVOS ASPECTOS HISTOQUÍMICOS EN EL MILLIUM COLOIDE.» «*Actas Dermosifiliográficas*», *núm. 4, año L, páginas 233-241, mayo 1959. Madrid.*

A la luz de los estudios morfológicos e histioquímicos en dos casos de «millium coloide», concluyen que, en lo que se refiere a la génesis del material que rellena las vesículas, intervienen una serie compleja de factores.

De un lado, productos de desintegración de las fibras elásticas y colágenas. De otro, mucopolisacáridos intersticiales identificables con el ácido beta-condroitinsulfúrico; y de otro, en fin, productos de procedencia sérica.—FELIPE VARA SANTOS.

NAVARRO SALA, P.—«TRATAMIENTO TÓPICO DE LAS TIÑAS.» «*Actas Dermosifiliográficas*», *núm. 4, año L, págs. 284-288, mayo 1959. Madrid.*

Los peróxidos y sales orgánicas de metales reconocidos como fungicidas por el mecanismo de disociación de las fibras queratinicas del pelo que favorecen su penetración, son, hasta ahora, los productos que mejor resultado han dado en los casos por el autor tratados.

Que es interesante provocar una reacción inflamatoria, puesto que la observación de muchos pacientes, especialmente en el Norte de Africa, donde los indígenas no se tratan, su curación es precisamente por esta reacción natural a la depilación por protesta orgánica ante el parásito.

Que la asociación de un peróxido con su acción decolorante y de penetración asociada a un derivado orgánico metálico, consigue un valor fungicida no igualado por productos cuya acción fungicida no va unida a productos de desintegración «in vivo» de la queratina.

Que la dosis eritematosa persistente la considera fundamental en la curación de las tiñas tonsurantes del cuero cabelludo.

Tiene en estudio otros factores de tipo biológico, tanto en fermentos de diversos hongos patógenos como de gérmenes de acción queratolítica, para ser aplicados con fines terapéuticos.—FELIPE VARA SANTOS.

EXTRANJERAS

MEDICINA

CURRENT VIRUS RESEARCH *(Investigaciones actuales sobre virus.)* «*Britihs Medical Bulletin*» *número bajo la dirección de* C. H. ANDREWS, *15, 3, sept. 1959. Londres.*

El Boletín Médico del Consejo Británico, que periódicamente publica números monográficos recogiendo las investigaciones de actualidad sobre diversos temas de medicina, presenta en el que actualmente comentamos quince trabajos redactados por especialistas en temas de virología, que nos proporcionan una visión panorámica de gran interés sobre las cuestiones actualmente debatidas en el terreno de la biología de los virus.

El campo de la virología se ha ampliado extraordinariamente en los últimos tiempos merced fundamentalmente al perfeccionamiento de los métodos de estudio y cultivo, que ha permitido la identificación de nuevos virus y un mejor conocimiento de los ya descubiertos.

El trabajo de MacFarlane Burnet sobre genética de los virus, nos muestra los esfuerzos que se llevan a cabo actualmente para conocer las características hereditarias de los virus, su facilidad para experimentar mutaciones espontáneas o inducidas (como ocurre con los virus de la influenza), la selección de cepas no mutadas mediante la técnica de Dubelco, las interacciones genéticas entre distintas capas de virus de la misma raza, que pueden combinar sus caracteres en los descendientes, dando lugar a la aparición de nuevas cepas distintas, así como los principios que rigen la transmisión de los caracteres de virulencia.

J. N. Westwood estudia el cultivo de tejidos en relación con los virus, destacando los progresos realizados en este campo que han permitido sistematizar y aislar los virus con relativa facilidad. Por otra parte, los cultivos lineales con una sola capa de células permiten estudiar en ellas las reacciones provocadas por el crecimiento del virus, sin olvidar que la limitación de esas técnicas viene dada por el hecho de que para conocer a fondo la acción patógena del virus, éste debe ser estudiado como huésped del individuo entero.

El problema de la interferencia de los virus, que ha apasionado últimamente a los investigadores, es recogido por Isaac y Burke, que describen la producción por los virus de una proteína, el interferon, cuyas propiedades se conocen de manera bastante completa, aunque no ha podido ser aislada en forma pura. El interferon es capaz de inhibir en una célula el crecimiento de diversos tipos de virus, por lo que se abre la esperanza de que en un tiempo, no lejano, se llegue a poder utilizar con fines terapéuticos esta propiedad del interferon.

Tyrnell y Klemperer, en su trabajo sobre la multiplicación de los virus a la luz de las nuevas técnicas de estudio, como el microscopio electrónico, los anticuerpos fluorescentes, los estudios bioquímicos por radioisótopos o con antimetabolitos señalan la utilidad de estas técnicas y la posibilidad de que con ellas puedan ser aclarados algunos problemas, como el del transporte del virus al interior de la célula, la reproducción del ácido nucléico del virus dentro de la célula, etc.

Belyavin revisa las técnicas serológicas en la investigación virológica, como la floculación directa, la floculación libre, la precipitación tras difución en gel de agar, la técnica de anticuerpos fluorescentes, la absorción a los hematíes, etc., que permiten el aislamiento y diferenciación de distintas cepas y mutantes del mismo virus.

A continuación de estos artículos, que pudiéramos considerar de carácter general, hay una serie de trabajos en que se presentan de manera monográfica problemas referentes a determinados virus, precisamente los que actualmente se encuentran sometidos a mayor esfuerzo por parte de los investigadores.

Se estudian así las relaciones entre el herpes zoster y la varicela, el virus del sarampión, la técnica y resultados de la vacunación antipoliomielítica en Gran Bretaña, los enterovirus, los virus de la gripe y del resfriado común, los adenovirus, tan interesantes por su relación con la producción de tumores o leucemias, los virus de la mixomatosis, del tracoma de la conjuntivitis, etc.

Como puede apreciarse en esta rápida revisión, se trata de una serie de temas de virología muy interesantes, con la garantía de la categoría científica de sus autores, por lo que creemos que el presente número del «British Medical Bulletin» ha de ser provechoso para el especialista en estos temas y para el médico general, cuya curiosidad por los virus se puede ver ampliamente satisfecha.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO DIGESTIVO

SCARPONI, E., y NORBIATO, L. (Cortona). «LA ENFERMEDAD ULCEROSA: 1) PREMISAS ETIOPATOGÉNICAS. 2) PREMISAS FARMACOLÓGICAS PARA EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS DE ACCIÓN CENTRAL.» (*La malatia ulcerosa: 1) Premese etiopatogenetiche. 2) Premese farmacologiche ad una terapia con farmaci ad azione centrale.*) «*Min. Med.*», *50, 45. 1789 a 1800, 1959.*

Los autores realizan una interesante revisión de los datos que actualmente se consideran fundamentales para explicar la etiopatogenia de la úlcera gastroduodenal, que más correctamente debe llamarse enfermedad ulcerosa.

Atribuyen su génesis a la existencia de tres factores íntimamente relacionados entre sí y cuya persistencia condiciona la duración de la enfermedad y la aparición de nuevos brotes.

Estos factores son: 1.º, la perturbación de la dinámica corticovisceral debida a la neurolabilidad del individuo; 2.º, la hiperestimulación externa ambiental, y 3.º, la hiperestimulación interna debida precisamente a la existencia de la ulceración visceral. Gran parte de la sintomatología, especialmente las modificaciones periódicas de la enfermedad, pueden explicarse por la interrelación de los tres factores. Para llevar a cabo un tratamiento médico correcto, es necesario atender, pues, a las tres indicaciones consideradas.

En la segunda parte de su trabajo, los autores se refieren especialmente a la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento de la perturbación de la dinámica corticovisceral, que consideran como la base fundamental de la enfermedad, mediante alguno de los modernos fármacos que provocan una desaferentación farmacológica. Estudian una serie de ellos, como el ácido lisérgico, el meprobamato, la serotonina, la benactizina, la reserpina y la cloropromacina, comparando sus propiedades y sus acciones farmacológicas generales y terminan por seleccionar como más útil «a priori» la cloropromacina.

Comienzan el tratamiento en un grupo de trece pacientes con úlcera, comprobada radiológicamente, administrando al principio dos inyecciones diarias de largactil, con un total de 50 a 75 mg. diarios, con el fin de conseguir rápidamente una suficiente depresión neurológica. A los dos o tres días, continúan el tratamiento oralmente con dos o tres comprimidos diarios, hasta un total de quince días como máximo. Los enfermos no recibieron ninguna otra medicación.

Aunque es poco el tiempo transcurrido en esta primera experiencia para poder emitir un juicio definitivo, los resultados hasta ahora controlados han sido muy beneficiosos. La sintomatología clínica mejoró completamente en todos los casos, y el cuadro radiológico también, desapareciendo los signos directos de úlcera en la mayoría de ellos.

En dos casos de «Dumping Sindrome» que siguieron el mismo tratamiento, resultó, por el contrario, totalmente ineficaz.

La experiencia es de indudable interés y es de esperar que un aumento de los casos tratados permita enjuiciar con exactitud esta terapéutica.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

LABORATORIO

PISI, E., y BARBARA, L. — «DETERMINACIÓN CUANTITATIVA DE LOS AMINOÁCIDOS LIBRES DEL SUERO MEDIANTE CROMATOGRAFÍA SOBRE PAPEL.» (*Determinazione cuantitativa degli aminoacidi liberi del siero nella cromatografie su carta.*) «*Arch. Pat. Clin. Med.*», *36, 1, 3, 1959.*

Los autores proponen una técnica para la determinación cuantitativa de los aminoá-

cidos libres del suero, separados por cromatografía sobre papel, problema éste de la valoración cuantitativa de los cromatogramas que despierta hoy día notable interés.

Consiste su técnica en practicar una cromatografía bidimensional ascendente revelando ligeramente las manchas con una débil solución de ninhidrina en butanol. Conocida la localización de los aminoácidos, se recortan en tubos independientes las áreas de papel correspondientes a cada uno de ellos y se añade un mililitro de solución de ninhidrina en butanol al 0'5 por ciento, con lo que se desarrolla completamente el color después de veinte minutos de ebullición. Enfriando y añadiendo propanol hasta un volumen total de siete mililitros, el color obtenido se puede leer en el fotocolorímetro y comparar los resultados obtenidos con cantidades patrón de aminoácidos conocidos.

Los autores recogen en su trabajo los detalles de la técnica, que naturalmente es algo delicada, presentando los resultados obtenidos en quince sujetos normales, que coinciden con los hallados por otros autores mediante técnicas más complejas.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

NOTTER, A. (Lyon).—«ENSAYO CON AEROSOLES DE HORMONA POSTHIPOFISARIA DURANTE EL TRABAJO UTERINO.» (*Essai d'aérosols d'hormone posthypophysaire au cours du travail utérin.*) «*La Presse Médicale*», *núm. 38, págs. 1.479-1.480, agosto 1959, París.*

LA administración de occitócicos en perfusión intravenosa ha señalado un importante progreso en la corrección de las anomalías del trabajo uterino, como han puesto de relieve los recientes trabajos de Théobald, Reynolds y Varangot.

El estudio histerográfico revela, sin embargo, que existe siempre un cierto grado de hipertonía uterina inicial, aunque no se administren nunca extractos posthipofisarios, tanto por vía muscular como intravenosa, sin el correctivo de una oxigenoterapia al 60 por ciento, con mascarilla en los quince minutos anteriores a la inyección.

Esto ha conducido a examinar el empleo de occitócicos por vía pulmonar en forma de aerosoles, debido a las múltiples ventajas teóricas que esta vía de administración tendría para el útero en trabajo.

Con este fin el autor ha administrado posthipófisis u occitocina, a dosis de diez a quince unidades, durante quince minutos, en aerosoles de aire comprimido, que han dado un 80 por ciento de resultados positivos en casos de pequeñas anomalías de inercia de la dilatación en seis primíparas y catorce multíparas. Los doce trazados útero-tensiométricos han confirmado los resultados clínicos.

No se ha apreciado ningún incidente, ni en la madre ni el hijo. El autor señala que habría una mayor constancia en los resultados positivos mediante un perfeccionamiento en el aparato que permitiese aerosolizar micelas de diámetro uniforme inferiores a 0'05 cm.

La mejoría en las condiciones de aerosolización permitirían aplicaciones prácticas clínicas, inofensivas, por ejemplo, en el desencadenamiento del parto, asociándolas a una oxigenoterapia intermitente, y, sobre todo, a la corrección de las anomalías de la dilatación, complementando así los métodos psicoprofilácticos de parto, si tales ensayos se confirman en el porvenir.—RICARDO HORNO LIRIA.

SEGGIARO CANALE, A. (Buenos Aires).—«NUEVO MÉTODO PARA LIGAR EL CORDÓN UMBILICAL EN EL RECIÉN NACIDO.» «*La Semana Médica*», *núm. 50, pág. 190, julio 1959. Buenos Aires.*

EN la ligadura del cordón umbilical mediante el empleo de hilo de lino o seda, o mediante clips, hay ocasiones en que estos medios fallan y se produce una hemorragia umbilical abundante al sobrevenir la deshidratación del cordón y aflojarse las ligaduras.

El autor recomienda un medio sencillo que viene aplicando desde hace muchos años con magníficos resultados. Consiste en ligar el cordón con una gomita de las usadas en el comercio para envolver, o con elástico redondo, dando varias vueltas para que la goma quede bien tirante y se produzca la hemostasia. Estos materiales se mantienen sumergidos en alcohol para su asepsia.

A medida que el cordón se va desecando, en lugar de quedar floja la ligadura, merced a su elasticidad, la goma se encoge y mantiene siempre una presión útil.

Por su sencillez y por tratarse de un material siempre al alcance de todos, señala este proceder, en la seguridad de que será útil a quien lo practique.—RICARDO HORNO LIRIA.

DARMAILLACQ, R. (Burdeos). — «FIBROMA UTERINO Y LITIASIS BILIAR. A PROPÓSITO DE OCHO CASOS.» (*Fibrome utérin et lithiase biliaire. A propos de 8 observations.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 4, págs. 277-280, abril 1959. París.*

LA frecuencia con que ha encontrado litiasis vesicular desconocida en el curso de intervenciones por fibromas uterinos le permite pensar que no se trata de una simple coincidencia y plantea el problema de una relación eventual entre estas dos afecciones.

Sistemáticamente realiza la exploración de vesícula biliar en el curso de laparotomía por fibromas uterinos, manualmente, sin necesidad de agrandar la incisión. En ochenta laparotomías por fibroma uterino ha descubierto ocho veces cálculos vesicales: en un caso, cálculo único; en dos se trataba de cálculos pigmentarios, y en cinco, la vesícula estaba repleta. Sólo en dos casos había antecedentes de cólicos hepáticos.

Se admite que el fibroma aparece como reacción a una hiperestrogenia. La tasa de foliculina puede permanecer anormalmente elevada en caso de insuficiencia hepática. La célula hepática inactiva los estrógenos que son excretados por la bilis.—J. RIVERA.

TOULOUSE, R., y otros (Rennes). — «ACCIDENTES HEMORRÁGICOS EN RECIÉN NACIDOS CUYAS MADRES HAN SEGUIDO UN TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE EN EL CURSO DEL EMBARAZO.» (*Accidents hémorragiques chez des nouveau-nés dont les mères ont eu un traitement anti-coagulant au cours de la grossesse.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 3, págs. 203-210, marzo 1959. París.*

LOS autores relatan tres observaciones inéditas de accidentes hemorrágicos graves en los recién nacidos cuyas madres recibieron un tratamiento dicumarínico durante el embarazo.

Parece que estas drogas obran lesionando el hígado del feto, que se encuentra entonces imposibilitado para hacer la síntesis de la vitamina K_1 y de catabolizar el producto anticoagulante.

De acuerdo con la mayoría de los autores, piensan que los derivados dicumarínicos tienen que proscribirse de modo terminante en el embarazo y que las flebitis del mismo han de ser tratadas con heparina.—AUTORRESUMEN.

MAROUDIS, D. (Atenas). — «DETERMINACIÓN DE LA FUNCIÓN TIROIDEA EN ONCE CASOS DE TOXEMIAS GRAVÍDICAS POR MEDIO DEL I 131.» (*Détermination de la fonction thyroidienne dans les toxémies gravidiques au moyen I 131.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 5, págs. 385-396, mayo 1959. París.*

LOS autores determinan la función tiroidea en once casos de toxemia gravídica y once de embarazo normal, y llegan a las siguientes conclusiones:

El tiroides participa en un porcentaje considerable (63'4) en la perturbación de la secreción hormonal en las toxemias gravídicas. Los trastornos de la función tiroidea son manifiestos, puesto que las cifras de carga son elevadas, y las de eliminación, bajas.

Habiendo sido hechos los exámenes a continuación del parto, es posible que estas cifras hayan sido aún más elevadas en el curso del embarazo.

La gravedad de la toxemia gravídica no está en relación con el grado de los trastornos.

La carga del tiroides en I 131 no se puede considerar como índice de una verdadera hiperfunción de la glándula. La perturbación de la función tiroidea se debe quizá al aumento de la secreción de hormona tireotropa. J. RIVERA.

PATOLOGÍA

ABIATICE, S.; LANGUERI, V.; NUMO, TH. DE; QUERCI, B. DE. — «SOBRE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE SOLUCIÓN DE AGUA OXIGENADA; PRIMERAS APLICACIONES CLÍNICAS.» (*Sulla somministracione endovenosa di solucione di perosido d'idrogeno; prime aplicacione cliniche.*) «*Min. Med.*», *50, 18, 656, 1959.*

LOS autores refieren los resultados obtenidos en siete casos de enfermos con insuficiencia respiratoria que fueron tratados mediante infusión endovenosa de agua oxigenada.

Se basan en que «in vitro» el agua oxigenada añadida a la sangre ocasiona una completa arterialización de la misma sin modificar sus propiedades.

La dosis usada fue de 0'02 ml. de agua oxigenada de diez volúmenes. por kilo de peso y minuto, en infusión lenta gota a gota, diluída con suero fisiológico.

En estas condiciones puede comprobarse un aumento de la saturación de oxígeno en sangre arterial y venosa, una disminución del contenido en C O_2, que se elimina con mayor facilidad.

No se produjo ninguna intolerancia ni síntoma molesto. Proponen los autores este técnica como tratamiento en las enfermedades cianosantes para mejorar el contenido y la saturación de oxígeno en la hemoglobina.—C. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PEDIATRÍA

FAZ TABIO, H. — «LA SIGNAMICINA EN EL TRATAMIENTO DE ALGUNAS AFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.» «*Revista Cubana de de Pediatría*», *vol. XXX, núm. 4, abril 1958. La Habana.*

LA signamicina es una mezcla con un 33 por ciento de oleandomicina y 67 por ciento de tetraciclina, y se extrae del esteptomyces

rimosus. No ofrece resistencia cruzada con la penicilina, estreptomicina y bacitracina. Produce en el suero concentraciones apreciables cuando se administra por vía oral o intravenosa y se difunde fácilmente a través de las membranas meníngeas.

La sinergia medicamentosa no es la suma de dos agentes capaces de producir el mismo resultado, sino es el efecto potencializado que se obtiene, muy superior al que resultaría del empleo separado de ambos medicamentos. Hay una acción letal sobre los microorganismos patógenos consecutiva a la alteración metabólica de los mismos.

Se trataron trescientos niños de uno a cuatro años de edad, los cuales padecían procesos respiratorios, entre los que respondieron más favorablemente los afectados de faringitis, otitis media aguda, amigdalitis aguda, bronquitis aguda y bronquitis crónica.

No se encuentran mayores efectos secundarios que con otros antibióticos de amplio espectro.

Cuatro de los casos no respondieron al tratamiento con penicilina, estrepto-penicilina, tetraciclina y clorotetraciclina, y, sin embargo, lo hicieron a la signamicina.—A. MALLÓU.

CASTELLANOS, AZÁN, CORRAL, GONZÁLEZ PUEBLA y TAQUECHEL.—«ACCIÓN DIURÉTICA DE LA CLOROTIAZIDA.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. XXX, núm. 4, abril 1958. La Habana.*

ESTA droga determina un aumento de la excreción del sodio, cloro y agua. Es aparentemente bien distribuída por el líquido extracelular, habiéndose demostrado su acumulación en el hígado y su excreción, tanto por la bilis como por la orina.

Se demostró la gran eficacia de su efecto y se destacó el importante hecho de que este medicamento no tenga mercurio en su fórmula.

Los enfermos tratados padecían insuficiencia cardíaca, compensados en el momento del estudio, sin signos de edemas.

Se mantuvieron en reposo casi absoluto, con una dieta de 30 mgs. de sodio por veinticuatro horas y 1.600 c. c. de agua por vía bucal.

La dosis efectiva máxima fue de 2.000 mgs. de una sola vez; de ahí la inutilidad de emplear dosis mayores, debido a que sus efectos más pronunciados se produjeron a las cuatro horas de su ingestión, persistiendo hasta las doce horas, es aconsejable dar la droga por la mañana y así obviar la diuresis nocturna.

Su uso prolongado no produce acostumbramiento, prolongándose su efectividad hasta las tres semanas de iniciado el tratamiento, según ocurrió en uno de los casos tratados; aunque la excreción de sodio disminuye ligeramente a partir del quinto día. Sin embargo, su empleo prolongado debe de ser controlado con el análisis plasmático, para administrar cloruro potásico cuando la caída de estos electrocitos tuviera lugar.—A. MALLÓU.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

NERIO ROJAS (Buenos Aires). — «PROBLEMAS POLÍTICOS Y SOCIALES DE LA DELINCUENCIA.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *núm. 25, páginas 3-13, enero-marzo 1959. Quito (Ecuador).*

EL autor señala cómo en el enfoque de los problemas que suscita la delincuencia es obligatorio tener en cuenta los factores personales y los ambientales, siendo raro que su influencia se manifieste en forma pura, predominando, por el contrario, el mestizaje de los mismos. Analiza con detalle cada una de las causas motivadoras de la delincuencia, resaltando en primer término el papel desempeñado por las circunstancias económicas con sus repercusiones sobre la alimentación, escolaridad, higiene, promiscuidad de sexos y edades. Resalta a continuación el valor de las causas ambientales y concede un interés primordial a la forma de gobierno de la nación, opinando que la falta de moralidad en las clases rectoras termina con ser ejemplo o contaminar a las clases sociales en su totalidad. Para confirmar su tesis, con lujo de detalles, revisa las estadísticas de la Argentina del año 1925 hasta la actualidad, muchos de cuyos datos permanecían inéditos, llegando a la conclusión de que las dictaduras obran en el sentido de aumentar la delincuencia. En la psicogénesis de esta deducción distingue tres formas: a) por mecanismo pasional ligado al fanatismo político; b) delincuente común que al amparo de la impunidad oficial da rienda suelta a su modo de ser; c) el régimen crea al anormal con tendencias perversas que puede satisfacerlas bajo la máscara de la convicción política.—LUIS DEL CAMPO.

BUZZI, A., y DÍAZ, A. — «ESFIGMOGRAFÍA ELECTRÓNICA EN LA VALORACIÓN DE LAS CEFALEAS VASCULARES.» «*La Semana Médica*», *páginas 325-330, tomo 114, núm. 11, marzo 1959. Buenos Aires.*

LOS autores estudian doce enfermos, cinco hombres y siete mujeres, entre veintidós y cuarenta años, registrando la pulsatibilidad de las arterias extracraneales mediante la esfigmografía electrónica. Encuentran en nueve casos vasodilatación con aumento marcado de la onda pulsátil. En tres encuentran vasoconstricción con disminución de la amplitud del pulso.

El conocimiento del mecanismo productor de la cefalea, además de un considerable interés teórico, reviste importancia terapéutica, ya que el tratamiento es diferente en ambas condiciones: tartrato de ergotamina en los casos de vasodilatación; trinitrina o ácinicotínico en los de vasoconstricción.—J. RIVERA.

ENDARA (Quito). — «DISTROFIAS CRÁNEOFACIALES.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas*», *núm. 25, páginas 78-97, enero-marzo 1959. Quito (Ecuador).*

EL autor estudia las deformidades del cráneo consecutivas a soldadura precoz y extemporánea de las cisuras craneales, que se traducen en grotescas irregularidades de cabeza y cara, conocidas con los nombres de oxicefalia, turricefalia, escafocefalia, cráneosinostosis, etc. Precisa cómo a pesar de ser conocidos desde los tiempos hipocráticos tales vicios de conformación, su estudio científico se inicia con Virchow, quien tanto insistió en establecer las diferencias entre este tipo de malformaciones y la microcefalia. Comenta las estadísticas de los autores, para quienes oscilan tales monstruosidades entre el 1 y 4'9 por ciento de la población total, poniendo de manifiesto cómo parece existir un factor predisponente ligado a la raza (más acusado entre los negros) y el sexo masculino (85 por ciento). Considera jugando un indiscutible papel a la herencia y precisa la evolución corriente de tales procesos al comenzar, con frecuencia, intrauterinamente una precoz soldadura de las suturas craneales. Toma como base de clasificación la ley de Virchow, «si la anastomosis de dos huesos craneales se produce precozmente, se detiene el crecimiento normal del cráneo en dirección perpendicular a la línea de sutura obliterada, y se expande en la dirección y regiones de las suturas abiertas». Analiza en detalle los diversos tipos establecidos en sus clasificaciones por los autores y precisa sus diversas sintomatologías, que pueden reducirse a los siguientes comunes síntomas: cefalea progresiva, crisis convulsivas, disminución progresiva de la vista, trastornos psíquicos dependientes del grado de restricción cerebral. Resalta el extraordinario papel que pueden desempeñar los rayos X en la valoración individual de cada caso, así como lo interesante de utilizar técnicas complementarias, como neumoencefalografía o ventriculografía. Considera como único tratamiento correcto el quirúrgico y la conveniencia de practicarlo dentro de los seis primeros meses de la vida, si bien es posible obtener todavía buenos resultados entre los dos y nueve años de edad.—LUIS DEL CAMPO.

SAL Y ROSAS (Quito). — «ASPECTOS DE LA HERENCIA DE LA EPILEPSIA.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *núm. 25, páginas 22-46, enero-marzo 1959. Quito (Ecuador).*

EL autor aporta hechos diversos tendentes a demostrar la existencia de factores hereditarios condicionadores de la epilepsia (constitución, aire de familia, incluso avalados por observaciones en la escala zoológica), pruebas enlectroencefalográficas, estudios sobre gemelos y antecedentes familiares. Revisa las diversas tesis que se han ideado para explicar la transmisibilidad hereditaria en la epilepsia, achacándola a factores genotípicos vinculados en los genes. Discute las diversas formas clínicas de la epilepsia, señalando cómo, según sus estadísticas, comienza en el 86 por ciento de los casos antes de los treinta años, y en el 14 por ciento, transcurrida esa edad, encontrándose más de la mitad de los del primer grupo entre los once y los veinte años. Aborda el problema de las relaciones del medio social en su incidencia epiléptica, afirmando que puede vincularse al medio geográfico y clima, opinando que la suscepbilidad o predisposición convulsiva se halla en razón inversa de la latitud geográfica y de altura sobre el nivel del mar, tesis que pretende aclarar mediante la valoración de numerosas estadísticas y casuística personal.—LUIS DEL CAMPO.

ENDARA y LUNA (Quito). — «CORIO MENINGITIS LINFOCITARIA AGUDA.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *núm. 25, páginas 64-77, enero-marzo 1959. Quito (Ecuador).*

LOS autores describen las historias clínicas correspondientes a ocho casos que han tenido la oportunidad de tratar, durante un período de tiempo inferior a un mes, de coriomeningitis linfocitaria aguda, diagnosticadas clínicamente y confirmadas mediante pruebas de laboratorio, especialmente análisis de líquido céfalorraquídeo. Consideran se trata de una auténtica epidemia, que en otros sectores de su país ecuatoriano habrá quedado indiagnosticada, siendo su evolución benigna, sin que quedaran ni secuelas, ni recidivas, ni complicaciones, por lo que llaman la atención de los médicos ejercientes en aquel país americano para que teniéndola

en cuenta no se les pase desapercibida. Emplearon como tratamiento sintomático la sulfanesia papaverina, capaz de yugular en corto plazo la cefalea, aparte del tratamiento de fondo mediante antibióticos.—LUIS DEL CAMPO.

ELLENBERGER (Kansas, Estados Unidos). «ASPECTOS CULTURALES DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *núm. 25, páginas 47-63, enero-marzo 1959. Quito (Ecuador).*

EL autor escoge cinco temas sobre aspectos culturales de las enfermedades mentales, cuyos títulos y síntesis son los siguientes:

1.º El relativismo cultural del concepto de enfermedad mental: Para comprender el planteamiento de este apartado, cita el caso aleccionador de Beguin, sobre aquel sujeto que es tan frecuente observar en la India, puesto en cuclillas, pintarrajeada su cara, matando sus piojos, a veces gesticulando y otras meditando, a quienes los nativos tienen por ser superior y que colocado en idénticas condicinoes en una de nuestras ciudades sería recluído inmediatamente en un manicomio. Es decir, lo que en unos países pasa por insania, en otros merece respeto y a veces hasta devoción. 2.º Especificidad cultural de los enfermos mentales: Cita diversos ejemplos históricos aclaratorios, desde los tiempos de Hipócrates hasta los recientes, del «amok», interpretados tales delirios o normas de conducta unas veces como héroes quienes los manifiestan y otras como locos, dependiendo todo del medio cultural y la disposición geográfica, capaces de matizar de forma diferente a las que consideramos enfermedades mentales. 3.º Los elementos culturales en los síntomas de las enfermedades mentales: Señala cómo los psiquíatras deben circunscribirse en sus diagnósticos al medio donde vive el supuesto enfermo mental; así, un delirio de grandezas de un negro, para quien sería fabuloso poseer dos maletas, semejaría síntoma de pobreza en un país occidental. 4.º El problema de la estimulación (o de la inhibición) cultural en las enfermedades mentales: Cita diversos ejemplos históricos, demostrativos de ciertas modas sobre las enfermedades mentales y cómo aparecen y desaparecen, unas veces por la represión política de los poderes públicos y otras por el influjo cultural del medio ambiente societario. 5.º El problema de las interacciones bioculturales entre los agentes de las enfermedades mentales: Establece parangones entre nuestra vida actual y siglos anteriores, donde el hombre era viejo a los cuarenta años y donde hoy se dice que la vida comienza a esa edad: lo mismo cabe valorar otras diversas sensaciones como el dolor, siendo el hombre de hace unas centurias más sufrido y resistente al dolor que nosotros, a la par que los estilos de vida actuales constituirían auténticos traumatismos psíquicos para nuestros remotos abuelos. De esta forma deduce que la cultura es capaz de cambiar la naturaleza psicológica del hombre.—LUIS DEL CAMPO.

TISIOLOGÍA

SALOMONE, C. — «SOBRE EL TRATAMIENTO TÓPICO CON PREDNISOLONA DE LA PLEURITIS EXUDATIVA TUBERCULOSA.» (*Sobre el tratamiento topico con prednisolone delle pleuriti essudative tubercolari.*) «*Min. Med.*», *50, 15, 541, 1959.*

EL autor hace una revisión de los datos de la literatura sobre el empleo en el tratamiento de las formas exudativas de la tuberculosis, de las hormonas suprarrenales. Expone a continuación los resultados obtenidos por él al tratar quince casos de pleuritis exudativa tuberculosa mediante la inyección intrapleural de prednisolona.

La dosis fue de 25 a 30 mg. diarios al principio y luego cada dos o tres días, por inyección intrapleural, durando el tratamiento quince o veinte días.

No hubo ningún caso de intolerancia, y los resultados fueron espectaculares. A los dos o tres días mejoró grandemente el estado general, apreciándose la desaparición rápida del exudado pleural.

La recuperación funcional fue completa, no quedando adherencias pleurales.

La prednisolona intrapleural parece ser, pues, el tratamiento de elección en las pleuresías exudativas por la rapidez de su acción y la comodidad y economía de su utilización. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

BABOLINI, E., y MARCONI, P. (Nápoles). «LA DOBLE PROYECCIÓN SAGITAL EN EL DIAGNÓSTICO Y EN EL CONTROL RADIOFOTOGRÁFICO DE LA COLAPSOTERAPIA MÉDICA Y EN LA ASPIRACIÓN ENDOCAVITARIA.» (*La double proyection sagital dans le diagnostic et dans le controle radiophotographique de la collapsoterapie medicale et de l'aspiration endocavitaire.*) «*Arch. di Tis. e Mall. Ap. Respir.*», *6, 56, 1958.*

QUEDA bien demostrado por la colección de casos que presentan los autores, la utilidad de la doble proyección fotorradiográfica, pues en algunos casos en la radiografía de enfermos con neumotórax o aspiración no se demuestra tan evidente como en la doble proyección fotorradiográfica, la presencia de lesiones graves, a pesar del tratamiento. La fotorradiografía es infinitamente más barato que la radiografía, como es bien conocido.—SAMITIER.

RABINO, A. (Torino). — «SOBRE EL ORIGEN Y SOBRE LOS NUEVOS ASPECTOS DE LA TUBERCULOSIS.» (*Sulle origini e sui nouvi aspetti della tuberculosi.*) «*Minerva Medica*», *42, 2.135, 1958.*

HA preocupado siempre a los tisiólogos el conocer desde cuándo la tuberculosis azota el mundo y si las formas actuales son las mismas que hace siglos o milenios.

Parece que la tuberculosis existe en el mundo con tanta antigüedad como el hombre y se ha dicho que las formas actuales tienden a ser muy diferentes de las antiguas.

He aquí que en la última guerra mundial, al establecer las fuerzas americanas una base en pleno Polo Norte, en Thule, hallaron un grupo de esquimales totalmente aislados de nuestro mundo, por la particular situación geográfica de la zona en que vivían, y que según los estudios de los etnólogos estaban allí desde el año 1000 después de Jesucristo. El hombre esquimal de este grupo llega a los veintiocho años de edad como máximo, y la mujer a veintidós. Es frecuente, por la gran mortalidad de unos y otros, que en los matrimonios, ambos llevan al mismo, hijos de otros realizados anteriormente. Les fue difícil a los etnólogos y médicos esclarecer los diferentes árboles genealógicos. Mueren más hombres que mujeres, y dos son las causas de la muerte: la caza y la tuberculosis pulmonar. Mueren menos mujeres porque éstas no van de caza, oficio en el que sólo actúa el hombre, y por la forma rudimentaria de su desarrollo, produce gran mortalidad. Las condiciones de vida de estos habitantes de Thule son inconcebibles, pues están a oscuras tres meses al año, sólo disfrutan del sol otros tres, y el resto es un invierno de cuarenta grados bajo cero. Se trata de una tribu nómada, mas los estudios aclararon que no se habían alejado de un perímetro de más de quinientos kilómetros alrededor del punto donde los descubrieron los militares norteamericanos.

La variabilidad genética es extremadamente escasa en esta tribu. Las causas de la muerte derivan esencialmente del ambiente, no existiendo casi la muerte natural.

Los colegas no encontraron los tumores entre las causas de muerte, mientras que entre los que iban envejeciendo, aproximándose a esa edad arriba citada, aparecían las enfermedades típicas del envejecimiento biológico: diabetes, enfermedades del corazón y cáncer.

A nosotros, tisiólogos, nos interesa conocer las formas clínicas encontradas entre los esquimales.

Asistimos hoy en nuestras clínicas a profundas y radicales transformaciones de la patología pulmonar: La tuberculosis pulmonar va asumiendo la fisonomía de una enfermedad croniciante de tisis ulcerofibrosa o fibrocavitaria de los lóbulos superiores. Este diverso aspecto anatomoclínico intentamos explicarlo por el envejecimiento de la población tuberculosa con el empleo generoso de antibióticos y con el mejoramiento de las condiciones de vida. Maravilla comprobar que en un grupo de personas que vivió en condiciones imposibles de vida, sin contacto con otros semejantes y cuya duración de la vida es de veintidós a veintiocho años, la tuberculosis asumió el mismo tipo crónico que el adoptado por nuestros enfermos. No hay que pensar, pues, que el mejoramiento de las condiciones de vida condicionen una capacidad reactiva y defensiva mejor, ni que el empleo de los antibióticos haya modificado la actividad patógena del bacilo de Koch.—SAMITIER.

GAIDA, A., y GHIO, G. (Cuneo). — «NOCIONES PRÁCTICAS SOBRE EL EMPLEO DE ALGUNOS MÉTODOS SEROLÓGICOS EN EL ESTUDIO INMUNOBIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» (*Nozioni practiche sull' impiego di alcuni metodi sierologici nello studio inmunobiologico e clinico della tubercolosi pulmonare.*) «*Minerva Medica*», *42, 2.133, 1958.*

SEGÚN nuestro criterio, un complejo examen bastante útil al menester arriba descrito, es el siguiente: electroforesis sobre el papel, complejo de pruebas de labilidad coloidal (V. E. S., Cadmio, McLagan, Gross, Takata-D, Bosello), colinesterasa sérica y, eventualmente, el «test» de la bromosulftaleína.

El proteinograma es el examen básico al que se referirán los otros exámenes. La prueba de la labilidad coloidal sirve para revelar la presencia de eventuales alteraciones cualitativas de las proteínas séricas no revelables por el proteinograma y para aclarar el significado de algunas fracciones anormalmente aumentadas. La gamma globulina, por ejemplo, mediante la Boselli puede ser distinguida en dos fracciones de pseudoglobulínica y la euglobulínica de significado bien diverso en la valoración inmunobiológica de un cuadro de tuberculosis pulmonar.

La colinesterasa sérica, además de como

prueba de funcionamiento hepático, de la célula hepática, parece útil para juzgar el estado de sufrimiento del organismo en general en su lucha contra la enfermedad, contra la infección. El «test» de retención de la bromosulftaleína ha sido siempre de gran ayuda cuando era precisa separar el papel de «enfermedad pulmonar» del factor «sufrimiento hepático», en el determinismo de un cuadro disproteinémico. Se establecen estos cuadros:

a) Aumento notable de las alfa-2 globulinas y de la pseudoglobulina gamma; colinesterasa sérica discretamente disminuída; V. E. S. aumentada en la primera hora, cadmio muy positiva: «proceso altamente evolutivo».

b) Aumento discreto de las alfa-1 globulinas y notable de las euglobulinas y pseudoglobulinas gamma, V. E. S. discretamente acelerada en los valores de las dos horas: «proceso dotado de mediana actividad evolutiva».

c) Aumento discreto o notable de la gamma globulina, con preponderancia de la tasa euglobulínica, fracciones alfa-1 y alfa-2 en los límites de la normalidad, colinesterasa sérica normal: «proceso escasamente evolutivo».

Los valores más significativos para evidenciar la carga evolutiva de una lesión tuberculosa será, por lo tanto: el comportamiento de la alfa-1 y la alfa-2 globulinas, la composición de la fracción gamma con prevalencia de las euglobulinas o pseudoglobulinas, V. E. S. y colinesterasa sérica.

Independiente de la carga evolutiva, las proteínas séricas nos dirán también las posibilidades actuales y futuras de resistencia del enfermo a la progresión de la enfermedad, factor muy importante. He aquí, esquematizado.

a) Aumento notable de las beta globulinas, gamma globulinas en el límite de lo normal o aumentadas por la fracción pseudoglobulínica; albúminas muy disminuídas, bajos valores de la colinesterasa sérica; Gross muy positivo: «pronóstico probablemente desfavorable».

b) Aumento claro de la fracción gamma globulina por la presencia de fracciones euglobulínicas y pseudoglobulínicas, fracciones beta discretamente aumentadas, actividad colinesterásica modestamente disminuída: «pronóstico reservado».

c) Aumento modesto o discreto de la gamma globulina que forman en el trazado electroforético un complejo homogéneo (curva de base estrecha y punta aguda) y que resultan casi esencialmente de fracciones euglobulínicas, valores normales de las beta globulinas, de las albúminas y de la colinesterasa sérica, Gross negativa: «pronóstico que se presume favorable».

He aquí cómo se podrá pronosticar la capacidad laboral de un antiguo enfermo, después del tratamiento que haya llevado, incluso intervenciones quirúrgicas:

a) Relación A/G muy baja, aumento discreto de las beta globulinas, fuerte disminución de la albúmina y de la colinesterasa sérica, altos valores de la retención de la bromosulftaleína: «organismo con escasa capacidad de prestación de trabajo ulteriormente».

b) Modesta disminución de la albúmina y de la colinesterasa, retención de la bromosulftaleína, apenas superior a lo normal: «organismo discretamente dotados de fuerza de reserva».

c) Valores de albúmina, de la colinesterasa, y retención de la bromo en el límite normal: «organismo con óptima capacidad de trabajo».—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960
CONGRESOS Y ACADEMIAS

VIII JORNADAS NACIONALES DE MÉDICOS ANALISTAS

(15-17 octubre 1959, Murcia)

DURANTE los días 15, 16 y 17 del pasado mes de octubre tuvieron lugar estas Jornadas, en la capital de Murcia.

Como de costumbre, en estas reuniones se trataron asuntos relacionados con la práctica profesional, así como se dedicó la mayor parte del tiempo disponible a la presentación y discusión de numerosas e interesantes comunicaciones.

La ponencia oficial de las Jornadas versó sobre «Algunos datos bioquímicos en el diagnósticos de las ictericias». Su ponente, el doctor Gras, tan conocido en los medios científicos españoles, expuso de forma magistral y exhaustiva los datos que el laboratorio clínico proporciona hoy día como ayuda al diagnóstico diferencial entre las ictericias obstructivas y parenquimatosas. Basado sobre su propia experiencia, discutió el valor atribuible a la investigación en la sangre de fermentos, lípidos, así como a las proteínas y mucoproteínas; entre los primeros señaló el interés de la determinación de la gotasa y particularmente de la glucosa-6-fosfatasa. Dentro de las alteraciones del lípidograma, resalta el valor del estudio seriado de las alteraciones de los lípidos totales y de la colesterina, como signo de la pericolangitis. Atribuye al proteinograma el valor, por todos aceptado, como índice de lesión parenquimatosa muy superior a las clásicas reacciones de floculación. Por último, considera digna de estudio la determinación de mucoproteínas, fuertemente aumentadas en los procesos inflamatorios extrahepáticos.

Las comunicaciones fueron numerosas y versaron sobre los distintos aspectos de la especialidad. Merecen destacar las de los doctores Pellicer y Triginer, sobre hematología. De los doctores Corral y Zapatero, sobre el diagnóstico de las infecciones por virus. El doctor Gastaminza hizo consideraciones sobre la frecuencia del cáncer de colédoco, y el doctor Segura Corrochano presentó una técnica personal para la punción biopsia de hígado. La parasitología fue objeto de comunicaciones de los doctores Luengo, Marco Ahuir y Sanchis Bayarri, y otras muchas que no citamos por no extendernos.

Desde el punto de vista profesional, se deliberó extensamente sobre los problemas que a esta especialidad se le presentan, tanto en el Seguro libre como en el obligatorio, dándose cuenta a los reunidos de las gestiones realizadas a este efecto por las comisions correspondientes. También se creó, con carácter obligatorio e inmediato para los asociados, el socorro mutuo en caso de fallecimiento.

Durante su estancia, los jornadistas y acompañantes fueron espléndidamente agasajados por las autoridades de Murcia y Cartagena y compañeros de la Asociación Regional.

Se señaló Madrid como sede de la próxima reunión, en el mes de junio de 1960, coincidiendo con el Congreso Internacional de Patología Clínica, de cuya organización está encargada esta Asociación. — VICENTE PEG JUARRERO.

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 15 DE ENERO DE 1959

AGUSTÍ PEYPOCH, J. A.—«TUMORES RETROPERITONEALES PRIMITIVOS.»

Los tumores retroperitoneales primitivos son las neoformaciones desarrolladas a expensas de los tejidos propios de la región retroperitoneal, o de restos embrionarios radicados en dicha región; por tanto, se excluyen los tumores originados primitivamente en los órganos propios de la región (páncreas, riñón, suprarrenales, aorta, etc.).

Los tumores retroperitoneales han sido considerados como raros, pero son más frecuentes de lo que generalmente se cree; nosotros hemos observado seis casos en tres años.

Se comentan los diferentes tipos anatomopatológicos de los tumores retroperitoneales primitivos, agrupados en los dos grandes grupos: *a*) los procedentes de tejidos propios de la región (lipomas, fibromiomas, mixomas, linfomas, angiomas, neurinomas); *b*) los originados en restos embrionarios (quistes y teratomas).

Se describen los seis casos tratados por el autor: dos reticulosarcomas, un simpatoma toracoabdominal, dos neurofibromas y un quiste embrionario, comentándose sus características clínicas y fácilmente confundibles con los tumores intraperitoneales por su escasa sintomatología y su crecimiento anterior, y con los tumores retroperitoneales implantados en un órgano de tal región.

El diagnóstico se basa en la clínica, que ofrece características de orientación, y en la exploración radiológica (tránsito intestinal, pielografía, aerogramas —especialmente el retroneumoperitoneo, de gran utilidad en estos casos— y la aortografía. Nunca debe ser olvidada la exploración radiográfica del tórax, tanto para apreciar las propagaciones del tumor retroperitoneal hacia aquél, como para descubrir la eventual presencia de metástasis.

SESIÓN DEL DÍA 22 DE ENERO DE 1959

BORRÁS MOLERA, F., y AGUSTÍ PEYPOCH, J.—«COMENTARIOS A UN CASO CLÍNICO DE ESTENOSIS DEL ESÓFAGO.»

Se trata de una enferma de 60 años de edad, afecta, desde hace cuatro meses, de un síndrome de estenosis esofágica progresivo, que ha enflaquecido 16 kilogramos. A la exploración clínica sólo se aprecia considerable enflaquecimiento y palidez cutáneomucosa, no palpándose ganglios supraclaviculares. A rayos X se observa acentuada estenosis que alcanza todo el tercio inferior del esófago, de contornos regulares, sin dilatación esofágica proximal; no se observa cámara de aire gástrica. Por esofagoscopia se confirma dicha estenosis; como la mucosa es de aspecto normal, no se practica biopsia. Con el diagnóstico provisional de estenosis esofágica benigna, se intenta la dilatación progresiva con bujías; pero la disfagia sigue absoluta. En este tiempo presenta tos y expectoración hemoptoica, descubriéndose una pequeña lesión pulmonar ulcerada en la región subclavicular izquierda; no se encuentra bacilo de Koch en los esputos.

El 15 de diciembre es operada de yeyunostomía, según técnica de Witzel, por la disfagia absoluta. Durante la operación se explora manualmente el cardias y el esófago infradiafragmático, y no se encuentra ninguna anormalidad al tacto ni a la vista. Curso postoperatorio normal, iniciando al tercer día la alimentación a través de la sonda yeyunal. El 7 de enero, dos nódulos duros en el pulmón, sospechosos de neoplasia; el esófago presenta una estenosis de su tercio inferior, provocada por un tumor duro, muy adherido a la pleura mediastínica derecha, que es liberado; no se observan adherencias con la aorta. Resección del tercio inferior del esófago, desde el cardias. Anastómosis gastroesofágica término-terminal por debajo del cayado de la aorta. El curso postoperatorio transcurre sin incidentes, siendo mínima la reacción pleural. A los diez días, a rayos X, la papilla pasa fácilmente del esófago al estómago, pero una pequeña cantidad de ella se dirige al mediastino por dehiscencia de algún punto de sutura. Se mantiene la alimentación por la sonda yeyunal. Una semana después, una nueva exploración demuestra la integridad esofágica, por lo que inicia la alimentación por la boca. Es bien tolerada y se retira la sonda yeyunal.

El examen de la pieza patológica demuestra que la estenosis es producida por un tumor submucoso, sin invasión ni destrucción de la mucosa. La histopatología corresponde a un epitelioma cordonal pavimentoso (doctor Roca de Viñals).

Se comentan las dificultades para el diagnóstico clínico etiológico de la estenosis, ya que la regularidad de los contornos del esófago hacían dudar de la naturaleza neoplásica. Por la situación supradiafragmática, tampoco podía pensarse que fuera de naturaleza funcional por cardioespasmo. Asimismo faltaba una historia clínica anterior de dolor epigástrico y pirosis para pensar en la estenosis consecutiva a úlcera péptica del esófago.

La evolución postoperatoria fue mucho más benigna y tolerada de lo que hacían presumir la lesión pulmonar y la arritmia extrasistólica que se presentó en el preoperatorio.

SESIÓN DEL DÍA 29 DE ENERO DE 1959

BADOSA-GASPAR, J., y MARTÍN GUERRA, W. E. — «POLIESTENOSIS DEL TUBO DIGESTIVO, DE ETIOLOGÍA CONFUSA.»

Enfermo de 59 años, agricultor, casado, con cinco hijos. Los datos de más valor de su historia clínica son: A los 14 años, reumatismo poliarticular. A los 20, tifoidea. A los 31, reumatismo en región coxofemoral derecha, seguido de anquilopoyesis total de la articulación, pasados ocho años. Ulteriormente, anquilosis coxofemoral izquierda.

A partir de los 42 años, síndrome doloroso epigástrico, de ritmo tardío, por brotes. Diagnosticado de úlcera gástrica y tratado, llegó a pasar tres años bien. Luego volvió a sufrir, y hace dos años (marzo 1957), con síntomas de ectasia gástrica y hemorragia, fue gastrectomizado. Alta a los veinte días. En la pieza de resección: «Ulcera de reborde mamelonado en la curvatura menor, con biloculación gástrica a su nivel.» Histología: «Ulcera gástrica benigna, con abundante tejido de granulación inflamatorio».

Pasado un primer tiempo de adaptación tumultuosa («dumping» clínico), se encontró bien hasta enero del 58, en que, aparte otras vagas molestias, acusa disfagia para los sólidos, a días aislados, pero progresivamente frecuente hasta hace unos ocho o diez días, en que no tolera ni los líquidos, con regurgitación y vómitos alimenticios. Al mismo tiempo, de hace dos meses, síndrome rectal, tenesmo, falsas ganas, tres o cuatro deposiciones pastosas y escasas al día, sin moco ni sangre. Dolorimiento hipogástrico con polaquiuria. Siente hambre como consecuencia de su intolerancia alimenticia. La curva de peso es descendente. Antes de la gastrectomía, 66 kilos; después de ella, 56; actualmente, 52.

Exploración clínica.—Enfermo alto, moreno, no pálido, delgado, agitado. Anquilosis de ambas caderas. Vientre excavado con buena musculatura. Nódulo duro, alargado oblicuamente, algo móvil y doloroso, en el vacío derecho, junto a región umbilical. Otro nódulo, de consistencia pastosa, del tamaño de una almendra, en la parte inferior del escroto, no formando cuerpo con los órganos internos. Al tacto rectal, estenosis central no mamelonada, a unos cinco centímetros del ano. Imposibilidad para el paso del rectoscopio.

Exploración radiológica. Travesía digestiva. Estenosis lisa, casi filiforme, central, que abarca desde el comienzo del tercio inferior del esófago hasta la anastómosis gastroyeyunal, abarcando todo el muñón gástrico. El diafragma mediastínico se eleva, en tienda de campaña, hacia la retracción esofágica. La gastroyeyunoanastómosis vacía rápidamente. Enema opaco: múltiples estenosis a lo largo del colon, así como de toda la ampolla rectal.

Datos de laboratorio.—Hematíes, 4.700.000; hemoglobina, 90 por ciento; v. g., 0'95; leucocitos, 11.600; neutrófilos, 83, con 22 bandas; eosinófilos, 1; monocitos, 3; linfocitos, 13; plaquetas, 181.000; proteínas, 6'85 por ciento; serinas, 28; globulinas, 72; Takata, 1.122-2.211; Weltman, 7; Mallen, ++; cadmio, +++; Mac-Lagan, 13'6 u.; Kunkel, 18 u. Lactogelificación y formolgelificación en suero, positivas. Reacciones serológicas de la lúes, negativas. V. S. G., primera hora, 9 milímetros; veinticuatro horas, 78 mm.

Durante el mes de hospitalización no ha tenido temperaturas normales.

Orina: Albúmina, indicios claros; sedimento, abundantes hematíes, cristales de oxalato cálcico, algún leucocito.

Histopatología del nódulo escrotal extirpado: «Proceso granulomatoso con polimorfismo celular y plasmáticorreticular. Presencia de células gigantes, tipo pre-Stemberg. Abundante proliferación fibroconjuntiva hialinizada.» Otro histólogo da el resultado siguiente: «Fragmento constituído por amplias bandas fibrohialinas, con abundante edema y densos infiltrados inflamatorios.»

Se envían preparaciones histológicas al extranjero, cuyo dictamen todavía se ignora.

DISCUSIÓN

A falta de un dictamen anatomopatológico, se plantea el problema diagnóstico, dejando para una sesión ulterior las conclusiones, abarcando varias posibilidades, desde la de una pluralidad de manifestaciones tuberculosas, pasando por la sarcoidosis, enfermedad de Besnier-Boeck-Schauman o linfogranuloma

benigno, hasta considerarla como una forma especial de reactibilidad difusa del colágeno, de tipo hiperplástico, por etiologías distintas en un mismo enfermo.

Sesión del día 5 de febrero de 1959

GALLART-ESQUERDO, A.—«Consideraciones sobre el diagnóstico de las parasitosis intestinales.»

Después de estudiar las precauciones en la recolección de las heces para los exámenes parasitológicos, el autor pasa a ocuparse de los métodos de elección para el diagnóstico de las amibas, lamblias, ascaris y tricocéfalos. Los huevos de las tenias y oxiuros rara vez se encuentran en las heces.

A veces precisa recurrir al sondeo duodenal, la rectosigmoidoscopia o la exploración radiológica del intestino delgado para sentar el diagnóstico de algunas parasitosis intestinales. El sondeo duodenal suele revelar la presencia de formas vegetativas de lamblia intestinales; además, este método probablemente es el mejor para asegurar la curación de dichas parasitosis.

En algunos casos de colitis amibiana, el material recogido directamente de las ulceraciones intestinales por rectosigmoidoscopia permite hallar formas vegetativas de amiba histolítica. A veces, ésta sólo se encuentra recurriendo a la biopsia de la pared intestinal.

Para el diagnóstico de la oxiurosis, los parásitos deben buscarse en las márgenes del ano, y los huevos, con cualquier dispositivo que facilite su hallazgo (hisopo anal de Hall).

La exploración radiológica puede facilitar datos de importancia para el diagnóstico radiológico de la ascaridiosis. En algunos casos de oclusión intestinal puede permitirnos la visión directa de los áscaris, sin preparación alguna del enfermo.

Sesión del día 12 de febrero de 1959

VIDAL TEIXIDOR, R., y BORRÁS MOLERA, F.—«Consideraciones sobre un caso de rectocolitis mucohemorrágica.»

Se presenta un enfermo de 23 años de edad, afecto de rectocolitis mucohemorrágica, cuyo síndrome se inicia a los 20 años y sigue la evolución característica, sin llegar a la fase de completa remisión, a pesar de los tratamientos seguidos. En este caso, además de la historia clínica clásica, se ha hecho un estudio biográfico del enfermo, y a través del mismo se evidencia la relación inmediata que existe entre la eclosión y la evolución de su proceso y las vicisitudes, preocupaciones, dudas y escrúpulos vividos por él en momentos de su vida en que cree ha de liberarse de la tutela de la familia, y principalmente de la de su madre, y enfrentarse él solo con su porvenir, sufriendo la duda entre sus posibilidades y deseos. Como hecho destacado de tal lucha interior, se hace voluntario del Ejército para huir de los excesivos cuidados y mimos que le prodiga su madre y para librarla de la carga que cree constituye para ella.

No se pretende sentar una patogenia de la rectocolitis mucohemorrágica, sino tan sólo poner en evidencia las correlaciones somatopsíquicas de este caso. Es de destacar cómo la estancia en el hospital y siguiendo el mismo tratamiento produce una remisión marcadísima de los síntomas, y después de la suspensión de la medicación, se mantiene la mejoría.

Desconociendo todavía la patogenia de la colitis ulcerosa, es necesario en cada caso valorar cuidadosamente todos los datos y estudiar a fondo la personalidad de tales enfermos. Posiblemente existen en ellos unas características, un modo de reaccionar, que les predispone a padecer la rectocolitis mucohemorrágica. Por otra parte, se demuestra la necesidad de dar una orientación y ofrecer un apoyo psicoterapéutico, ya que en la mayoría de los casos el tratamiento farmacológico no es suficiente para lograr la mejoría persistente.

Sesión del día 19 de febrero de 1959

BALAGUÉ FORMIGUERA, J.—«Pólipo adenomatovelloso del yeyuno.»

La formación vellosa, como el adenoma, se localiza, la mayoría de las veces, en el tramo rectosigmoideo; todas las estadísticas dan del 70 al 80 por ciento de implantación en el último tramo del tubo digestivo.

El principal motivo de la presentación de este caso clínico es por considerar bastante raro el tumor velloso del intestino delgado.

Se trata de una mujer de 45 años, viuda, con un hijo sano, sin antecedentes familiares ni personales de interés.

Desde hace un año y medio aqueja casi diariamente malestar en el hemiabdomen izquierdo, que, empezando por la fosa ilíaca, asciende hasta el hipocondrio. En escasas ocasiones se acompañó de náuseas de vómitos (unas bocanadas de aguas claras). Además, desde hace diez meses, anorexia, insomnio y palpitaciones.

Hace quince días, intenso dolor abdominal, igualmente localizado en el lado izquierdo, acompañado de náuseas y de cierre de materias y gases durante tres días. No presentó temperatura, ni otros síntomas subjetivos. Fue internada en una clínica y diagnosticada de cólico nefrítico. Quince días después repite una crisis análoga, siendo vista por el autor, el cual diagnostica oclusión intestinal. Tratada con aspiración endodigestiva y suero endovenoso, gota a gota, se resolvió lentamente el cuadro general tóxico, siendo operada pasados catorce días.

La intervención (Dr. Agustí) reveló un asa de intestino delgado (yeyuno) invaginada. Resección de la misma, encontrándose en su interior un tumor pediculado del tamaño de una cereza. El examen histológico (Dr. Roca) demuestra un epitelio cilíndrico con las características del tumor velloso, en la parte superficial del tumor, y estructuras alveolares de forma adenomatosa, en la parte central.

Aparte el interés que —como poco frecuente localización de los tumores vellosos— pueda tener este caso, quizá es más importante señalar el hecho de la implantación de dichas formaciones sobre un adenoma. Considerando potencialmente como cáncer al tumor velloso, la degeneración del adenoma, puede estar algunas veces condicionada a la previa transformación vellosa del mismo, concepto éste confirmado por diferentes autores en lo referente a los situados en colon y recto.

Sesión del día 5 de marzo de 1959

GALLART-ESQUERDO, A. — «Bilis calcárea.»

Se refiere la historia clínica de una paciente de 29 años de edad, soltera, que desde hace tres años presenta reiteradas crisis típicas de cólico hepático afebriles.

La colecistografía oral y la angiocolecistografía endovenosa permitieron sentar al autor el diagnóstico de bilis calcárea, basándose en los datos siguientes: *a*) la imagen de la vesícula biliar no se modificó después de la ingestión de grasa y persistió idéntica durante los días que se controló (dos, tres, cinco y veintiún días después de la administración del contraste); *b*) el contorno de la sustancia que ocupaba parcialmente la vesícula biliar se modificaba con los cambios de posición de la paciente; *c*) en el conducto cístico había un cálculo redondeado, como un garbanzo crudo.

Se recomendó a la enferma la intervención quirúrgica, pero de momento no fue aceptada.

Nota.—Pasados dos meses, y a causa de la repetición de las crisis dolorosas, la paciente fue colecistectomizada, confirmándose el diagnóstico clínico.

Sesión del día 12 de marzo de 1959

SALLERAS, V.—«Infarto intestinal.»

Aportación de tres casos de infarto mesentérico, infarto intestinal o trombosis mesentérica, y conclusiones terapéuticas.

1. Hombre de 56 años, con claudicación intermitente bilateral. Inicia diarrea, que calma con sulfoguanidina; a los cinco días, cuadro de abdomen agudo y grave estado general. Por haber ligera contractura en F. I. D., ya que el resto del abdomen está distendido y timpánico, se hace diagnóstico de apendicitis. En la intervención, intestino delgado hemorrágico y placas de esfacelo en ciego, que también está afectado. Por la extensión y gravedad de las lesiones, se aislan éstas con gasas y se cierra la pared alrededor del taponamiento. Aspiración endodigestiva y reanimación, junto con suero con novocaína. Fallece a las dieciocho horas.

2. Hombre de 60 años. Desde hace dos meses, crisis de retortijones aisladas. Hace siete días, temperatura de 40 grados, sin dolor; con cloranfenicol, queda apirético. A los cuatro días, distensión abdominal y fiebre elevada; cierre abdominal. Douglas ocupado, pero no doloroso. Se diagnostica obstrucción intestinal. En la intervención, dos porciones de íleon de 25 centímetros, congestivas y edematosas. Hay latido arterial en mesenterio. Su infiltración con novocaína y el vaciamiento por punción de las asas mejora su aspecto, y junto con tratamiento «a posteriori» con suero novocainizado y anticoagulantes, lo resuelve.

3. Hombre de 60 años, alcohólico. Hemicolectomía derecha hace cuatro meses, por neoplasia de ciego. Cuadro de obstrucción intestinal o bien de recidiva local. En la intervención, asa de 50 centímetros, necrótica, que no se recupera como en el caso anterior. Resección del asa y anastómosis término-terminal. En el postoperatorio, yeyunostomía para mejor alimentación, y aspiración del enfermo. Buen resultado.

Vemos, pues, tres casos de etiología diferente; el primero, de origen arterial. El segundo puede tratarse de un infarto inexplicado de Gregoire, y la novocainización del meso mejora el cuadro. El tercero fue una sorpresa su hallazgo operatorio; pero la anatomía patológica y el resultado del tratamien-

to médico confirman el diagnóstico de infarto intestinal.

Conclusiones.—En los tres casos, el comienzo es insidioso y su clínica no permitió el diagnóstico. La terapéutica depende de la etiología y estado del enfermo. Si por trombosis arterial y lesiones extensas la abstención es la regla, en casos que han respondido al tratamiento médico es que se trataba de un infarto inexplicado de Gregoire. Si el infarto es segmentario, la resección intestinal es la conducta a seguir, y el resultado depende de la extensión y estado del paciente. Si es por embolia arterial, la conducta es idéntica, pues la embolectomía ha fracasado siempre. Si se debe a trombosis venosa, el tratamiento médico (anticoagulantes y suero novocainizado) lo resuelve si la lesión es extensa, y si es limitada y en fase de necrosis, resección más tratamiento médico. Los infartos inexplicados de Gregoire, por lo general extensos y con lesiones de menor intensidad, se resuelven casi siempre médicamente. A veces, la simple laparotomía, junto con la novocainización del meso, resuelven el caso; todavía mejor se instituye un tratamiento con suero novocainizado y anticoagulantes, como en nuestro caso.

Es en estos casos donde se han conseguido éxitos espectaculares, cuando por la extensión del proceso fue abandonado todo tratamiento quirúrgico.

Sesión del día 2 de abril de 1959

SERIÑANA BAYER, J. M.—«Secuelas de la gastrectomía total.»

El autor estudia la ósteoporosis y las fracturas de ella derivadas como secuelas tardías de la gastrectomía total, presentando el caso de un varón de 70 años, al que hace seis años le fue practicada una gastrectomía total con esofagoduodenostomía por tumor velloso degenerado que provocó repetidas melenas. A los ocho meses de haberle dado de alta presentó disfagia por estenosis inflamatoria cicatrizal de la neoboca, por lo que hubo que practicársele una plastia del cardias, seguida de un largo período de dilataciones profilácticas con bujías esofágicas.

Hace quince días, estando echado en cama, en decúbito supino, presentó espontáneamente fractura bilateral del cuello del fémur, comprobándose radiográficamente intensa ósteoporosis, responsable de ambas fracturas. Se estudian los mecanismos de la osteogénesis y se valora el papel de la alimentación para suministrar el suficiente aporte proteico, cosa que siempre es deficitaria en los operados de gastrectomía total, y se indica la conveniencia de practicar radiografías del esqueleto a todos los operados de gastrectomía total con más de cinco años de supervivencia.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA. BARCELONA.

Reuniones del Cuerpo Facultativo

Sesión del día 13 de noviembre de 1959

SOBREGRAU AUGÉ, R. C. DE.—«La hipotermia en cirugía cardíaca.»

Se exponen las primeras experiencias e indicaciones quirúrgicas de la hipotermia en la cirugía cardíaca, hechas por los autores que desarrollaron y emplearon este método en el campo de la cirugía a corazón abierto: Bigelow, en Canadá; Swan y Lewis, en los Estados Unidos; Brock y Homes Sellors, en Inglaterra; Boerema, en Holanda; Derra, en Alemania, y Senning, en Suecia. La hipotermia es el estado físico en que se encuentra un sujeto normotérmico en el cual su temperatura corporal está por debajo de sus niveles normales. Las bases en que se funda son: disminución del metabolismo basal y, por tanto, menor requerimiento de oxígeno, lo que permite un paro circulatorio más o menos prolongado, según el grado de temperatura conseguido. Las necesidades de oxígeno a determinadas temperaturas por debajo de los 36° C. se exponen en una gráfica proyectada.

Las distintas técnicas empleadas en la hipotermia moderada se exponen detalladamente, en especial el método de Swan, con el cual el autor ha hecho experimentación que se expone en una serie de «slides» experimentales en los que se ven las distintas fases de enfriamiento, técnica quirúrgica y recalentamiento, así como sus incidencias y posibles complicaciones, en especial cuando la temperatura desciende por debajo de los 28 a 29° C. Se comentan las ventajas en los distintos métodos propuestos, haciendo mención particular del sistema introducido por Drew, de Londres, que consigue una hipotermia profunda de 10 a 15° C. mediante circulación extracorpórea y oxigenación durante el enfriamiento, sin necesidad de oxigenador, ya que los mismos pulmones del enfermo cumplen esta función. Esta técnica ha permitido un paro circulatorio total máximo de cuarenta y cinco minutos, habiendo sido empleado con éxito en el hombre para el tratamiento quirúrgico de las comunicaciones interventriculares, imposibles de tratar mediante la hipotermia de 29 a 30° C.

Entre las indicaciones de la hipotermia moderada, fundamentadas en extensas estadísticas de diversos autores, que acreditan los buenos resultados, señala: la estenosis valvular aislada, la comunicación interarticular, tipo «septum secundum», la comunicación inter-auricular con drenaje parcial anómalo de venas pulmonares. La estenosis aórtica valvular congénita y adquirida entran dentro del grupo de cardiopatías susceptibles de ser tratadas quirúrgicamente en condiciones de hipotermia. Finalmente, la estenosis aórtica vulvar y la estenosis pulmonar infundibular, dentro de ciertas formas anatomopatológicas, completan las indicaciones, en las cuales la lesión puede ser reparada durante un tiempo máximo de diez minutos, que permite la hipotermia moderada a 29-30° C.

Se comentan los resultados obtenidos de diversas estadísticas de autores que cuentan con una mayor experiencia y número de casos intervenidos.

BONAFONTE FERNÁNDEZ, M.—«Fisiopatología del reflujo gastro-esofágico.»

El reflujo gastro-esofágico es la consecuencia del fallo de los mecanismos destinados a mantener la continencia cardial.

Se considera que dicha continencia cardial radica en la acción conjunta de tres mecanismos distintos y que son: mecanismo valvular estático, mecanismo freno riatal y mecanismo tónico permanente.

A continuación se analizan los elementos anatómicos sobre los que asientan estos mecanismos. La existencia de un esófago abdominal y de unos medios de fijación del confluente esófago-cardio-tuberositario normales son los factores principales para un buen funcionamiento cardial.

Las alteraciones de estos elementos, que se presentan como causa o consecuencia del reflujo, son muy variadas. Después de una crítica del mal llamado branquiesófago congénito, se hace mención de los reflujos postoperatorios y de su posible prevención.

ALEMANY VALL, R.—«Sensibilización respiracoria a hongos: estudio clínico.»

La sensibilización a hongos se ha demostrado experimental y clínicamente; nos atendremos al estudio clínico, y de él se deducirá el pronóstico. Agruparemos esta sensibilización en tres grandes grupos.

Primer grupo.—Asma, sin o con rinitis, en individuos que viven en casas viejas, húmedas, en panaderías, etc. El asma intenso y repetido es la regla, con eosinofilia sanguínea y reacción cutánea inmediata a los extractos de hongos. Los enfermos han de salir de este ambiente. Hemos encontrado siempre el *mucor* en las placas de Petri, con medio de cultivo, expuestas en interior de panaderías. Si se da penicilina, pueden empeorar.

Segundo grupo.—Enfermos con asma, sin o con rinitis, que viven junto o lejos del mar, en ambiente polvoriento, húmedo, impuro, con rica polulación, que tienen crisis sólo en estos ambientes atmosféricos, pero que mejoran francamente cuando se desplazan. Hay algunos con positiva reacción cutánea a hongos inyectados que da ligera febrícula; crisis a últimos de primavera-verano y resfriados nasales en invierno, sin asma. Son asténicos, anémicos, etc. Las pruebas de aerosol con extractos de hongos son positivas. Alejados de este ambiente, mejoran, y también si son sometidos a inyecciones de hongos como tratamiento, y asimismo, muchas veces, de polvo que contenga hongos.

Hay enfermos de esta segunda clase que tienen asociada una infección bacteriana en forma de bronquitis, etc.

Tercer grupo.—Enfermos asmáticos sin rinitis, que tienen ahogo a últimos de primavera o comienzos de verano y que dura dos o tres meses; muestran reacción franca cutánea a hongos inyectados intradérmicamente. A veces hay sedimentación globular ligeramente elevada, no tienen fiebre espontánea, la radiografía es normal, hay eosinófilos en los esputos. Los esputos inoculados al cobayo no dan ninguna clase de reacción, como tampoco el B. C. G. inyectado intradérmicamente a los pacientes.

Estos enfermos del tercer grupo ven desaparecer sus crisis en años posteriores, si han sido sometidos durante meses a inyecciones de extractos de hongos.

La *Alternaria* y el *Rhyzopus* son quizá los hongos que nos han dado más frecuente e intensa reacción cutánea inmediata; luego, quizá el *Monilia*, que ofrece bastantes veces reacción tardía. Es interesante colocar placas de Petri, con cultivo para hongos, en estas atmósferas, para tener una orientación.

DOMÉNECH ALSINA, F., y ALIER OCHOA, A.—«POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LA QUIMIOTERAPIA EN LA ÓSTEOMIELITIS.»

SE estudian dos casos de absceso intraóseo central de tibia (absceso de Brodie), en que el tratamiento antibiótico no había conseguido detener la evolución progresiva, especialmente los intensos fenómenos dolorosos, y en los que la trepanación y el relleno de la cavidad residual con fragmentos óseos esponjosos, seguido del cierre completo de la herida, consiguió una rápida y perfecta cicatrización. El dolor y las pequeñas elevaciones térmicas desaparecieron casi inmediatamente. El estado general mejoró progresivamente después de la intervención.

SESIÓN DEL DÍA 11 DE DICIEMBRE DE 1959

MUNDET TORRELLAS, C.—«CÁNCER RECTOSIGMOIDEO. ORIENTACIÓN OPERATORIA.»

SE presentan los casos vividos por el comunicante durante los doce últimos meses, estudiando primeramente las vías de extensión de este tipo de neoplasia, para poder enfocar el tratamiento operatorio correcto. Se da una gran importancia al estudio de la operación de Bacón, describiéndose las bases quirúrgicas de ellas, ventajas e inconvenientes de la misma y presentando los enfermos operados por dicha técnica.

Tras un somero estudio de los diferentes enfermos, con su historia clínica, exploración técnica seguida para su tratamiento, se presentan los dos últimos casos, que por su diferencia de condiciones anatómicas obligaron a técnicas diferentes a las ordinarias.

Por último se dan los resultados estadísticos, en los cuales se observa principalmente la ausencia de mortalidad en dicha serie.

TORRES DE GASSÓ, J. M.ª.—«DATOS ESTADÍSTICOS SOBRE TRASTORNOS DE AUDICIÓN Y LENGUAJE EN LOS NIÑOS (REVISIÓN DE 2.000 NIÑOS DE LA POBLACIÓN ESCOLAR).»

EN nueve escuelas municipales se procedió a un examen de los niños y niñas en ellas emplazados, hasta un total de 2.000 niños.

Se procedió solicitando la colaboración del profesor, el cual remitía al médico examinador una relación de niños que a su juicio tenían trastornos en la audición, en el lenguaje, o que simplemente eran niños «difíciles».

La labor de escoger a los niños —realmente se debía considerar como trastornos de lenguaje y audición— se llevó a cabo por un equipo formado por un audiólogo (que es el que presenta la comunicación), por un neurólogo y por un psicólogo especializado en problemas escolares.

Se pudo individualizar un porcentaje global de 5'65 por ciento de niños en edad escolar, que tenían trastornos del lenguaje debidos a causas auditivas y neurológicas.

SUBIRANA, A.; OLLER-DAURELLA, L., y MASÓ-SUBIRANA, E.—«LA CLÁSICA DIFERENCIACIÓN ENTRE SÍNCOPE Y EPILEPSIA, A LA LUZ DE LAS MODERNAS CONSTATACIONES ELECTRO-ENCÉFALO-CARDIOGRÁFICAS.»

EL diagnóstico diferencial entre el síncope y el ataque epiléptico es difícil de realizar valiéndose de los simples datos clínicos. El registro simultáneo del electroencéfalograma y del electrocardiograma durante el paroxismo permite establecer una clara diferencia entre las dos clases de fenómenos.

El síncope vaso-vagal se caracteriza por la pérdida de conciencia, con caída, seguida o no de convulsiones. Puede ser de diversos orígenes. En los síncopes secundarios, la causa más frecuente es una afección cardíaca. Sin embargo, la mayor parte de los síncopes son esenciales (alrededor del 70 por ciento).

La causa directa del síncope es siempre la anoxia cerebral, ya sea debida a paro cardíaco, caída de la tensión arterial o a otra causa.

El diagnóstico diferencial electroencáfalográfico entre el síncope y la crisis epiléptica es fácil de establecer a condición de registrar el accidente. Para provoarlo se utilizan diferentes métodos, siendo el más eficaz el reflejo óculo-cardíaco.

Durante el acceso epiléptico, las modificaciones electroencéfalográficas son bien conocidas y adquieren siempre los caracteres típicos de las diferentes descargas epilépticas. El electrocardiograma no sufre modificaciones importantes.

Durante el síncope, por el contrario, se observa: *a*) en el electrocardiograma, un paro cardíaco más o menos prolongado, que puede ser inmediato o tardío, con relación al estímulo provocador; y *b*) en el electrocardiograma, o bien no se observa modificación alguna de la gráfica, o al aparecer convulsiones se registra una actividad lenta, clínica, de voltaje elevado, totalmente distinta de la que se observa en el curso de un ataque epiléptico.

Las consecuencias terapéuticas que se derivan de este diagnóstico diferencial son verdaderamente importantes, ya que la medicación anticonvulsiva suele ser ineficaz frente al síncope, y, por otra parte, un epiléptico sometido por error a una simple medicación frenadora vagal, puede entrar en un «status epilepticus» con peligro incluso para su vida.

MANCHÓN AZCONA, F. — «DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DIFERENCIAL DE LAS FIBROSIS PULMONARES.»

EL problema se plantea ante una radiografía de tórax, con opacidades difusas, reticulares o nodulares. En 1952, Scadding presentó en la British Tuberculosis Association setenta y seis posibles causas de tales sombras. En 1954, el doctor Blais añadió dos más.

La historia profesional (puede depender de una profesión abandonada hace muchos años). La historia de residencia en diferentes partes del mundo (histoplasmosis que deja residuos de nódulos calcificados en personas que vivieron en zonas endémicas). Exploración física; ésta es a veces la clave, especialmente en la piel (sarcoidosis, esclerodermia, lupus pernio o facial).

En otros sistemas podemos encontrar una estenosis mitral, artritis reumatoidea, poliarteritis nudosa. El cuadro clínico radiológico puede ayudar al diagnóstico. Así, una fibrosis de vértices hace pensar en tuberculosis, por lo que se investigará el bacilo en los esputos y la reacción tuberculínica en la piel. En la sarcoidosis vemos espectaculares sombras moteadas y nodulares con adenopatías hiliares, sin apenas sintomatología y con reacción débil o negativa a la tuberculina. Las imágenes pulmonares en la linfagitis cancerosa se acompañan de fuerte disnea y todo el cuadro de la caquexia.

En casos de asma y bronquitis crónica con ataques recurrentes e infecciones secundarias, pueden ser la causa de la fibrosis pulmonar. En algunos pacientes, la achalasia del cardias pudo aún no dar disfagias y sí las imágenes pulmonares de fibrosis difusa. En los casos oscuros de fibrosis pulmonar no debe olvidarse la papilla, para ver el esófago. La fibrosis intersticial crónica difusa tiene un cuadro clínioc radiológico inconfundible, así como la hemosiderosis idiopática en niños y adultos.

El examen de laboratorio rara vez es importante para esclarecer el diagnóstico. Sin embargo, debe investigarse el esputo, la sangre buscando eosinofilia en las infiltraciones pulmonares eosinofílicas o asmáticas, etc. En el lupus eritematoso diseminado se encuentran las células L. E. (son polimorfos que han ingerido residuos nucleares). Un aumento de la fracción globulínica de las proteínas plasmáticas se observa en la sarcoidosis, lupus eritematoso diseminado y poliarteritis nodosa.

Cuando se encuentra algún ganglio palpable, es conveniente la biopsia, especialmente en la sarcoidosis. En la misma sarcoidosis es útil la biopsia del hígado, positiva en el 70 por ciento de los casos. En la poliarteritis nodosa se practica la biopsia de un músculo doloroso o con algún nódulo palpable. La biopsia de la mucosa bronquial fue útil en un caso de linfagitis cancerosa y en algún caso de sarcoidosis.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960
SECCIÓN VARIA

EL CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO EN LAS MUJERES CASADAS

POR EL

DR. RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

CATEDRÁTICO DE MEDICINA LEGAL

MADRID

CIERTAMENTE que, efecto especial del matrimonio, con relación al marido, es que éste adquiere, en justicia, la llamada autoridad marital. Pero no sólo la ley, la deontología, los tratadistas de la teología moral y del derecho, sino también el buen sentido, el sentido común, dicen que esta autoridad tiene su asiento, y sobre todo sus límites, en los siguientes fundamentales extremos: Primero, en el objeto que con ella se persigue, por lo cual no debe salirse de su esfera. Segundo, en la naturaleza y en los fines de la socidad conyugal, los cuales no puede contradecir. Tercero, en los derechos esenciales de la mujer, que debe respetar, cuya igualdad específica con el hombre ya nadie discute, por lo que el marido no puede oponerse a los legítimos intereses de ella, sin atacar ni escamotear sus derechos básicos, inalienables. Para todas las actividades y en todos los órdenes de la vida, rije el principio de igualdad que nos enseñó Jesucristo y nos predicó el Apóstol.

Teniendo en cuenta estos postulados esenciales de la vida conyugal y familiar, en el dominio concluyente de los cuales se asienta el hogar, vamos a discurrir sobre el tema del consentimiento quirúrgico en las mujeres casadas, que no debe sustraerse a dicho triple dominio. Sobre esta cuestión ha habido y sigue habiendo numerosas y delicadas discusiones, más en otras naciones que en España, principalmente, en lo que se refiere al valor recíproco ante la doctrina jurídica del asentimiento o de la negativa del marido o de la mujer. No se ha dirimido aún la controversia teórica entre los partidarios de una y otra tesis opuestas, y la solución, en esto como en infinidad de disputas, sólo se encontrará, sólo puede hallarse en el justo medio.

En principio, la esposa debe obediencia al esposo, y así se consigna expresamente en el artículo 57 de nuestro Código Civil, en la sección IV, que trata de los derechos y obligaciones entre marido y mujer. Pero como dice Federico de Castro, la regla puede llevar a conclusiones inexactas, si es entendida literalmente o conforme a viejos prejuicios. Tal omisión, tan vagamente formulada en la Ley, no ha de aplicarse a todo, incluso a la salud, a la que para nada se refiere ningún artículo del cuerpo legal que gobierna la materia que nos ocupa. Se entiende sin más que esa obediencia no va, no puede ir hasta la abdicación completa de la misma personalidad humana de la esposa en beneficio del esposo, lo que equivaldría a conceder a éste poco menos que un derecho absoluto de vida o muerte sobre aquella. El matrimonio no puede arrebatar a la mujer sus derechos naturales, los más elementales que le corresponden por el solo hecho de ser un ser humano.

De los bienes de orden material que el animal racional posee, el primero sin duda es el de la vida, y después, casi inmediatamente después, íntimamente relacionado con ella, el de la salud, en el cual se basa la utilización de las demás fuerzas, energías y poderes que de la naturaleza ha recibido. Ante la salud y ante la vida, el hombre y la mujer, como simples seres humanos, cualquiera que sea su clase o condición, tienen igualdad de rango. Existen valores y derechos naturales, substanciales, muy profundos, inseparables de la persona, que no pueden ser afectados por el legislador, y entre ellos están estos a que nos referimos. De aquí que, en materia de operaciones quirúrgicas, y en general médicas, sobre todo en lo que afecta al consentimiento legal para las mismas, consideramos por lo que procede que las trabas y limitaciones a que nos referimos —que en otros sitios algunas costumbres y ciertas disposiciones legales impiden o admiten— son frecuentemente innecesarias, intempestivas, inútiles, y en no pocos casos hasta peyorativos, ofensivas para la mujer.

Hay ciertos actos jurídicos —salta a la vista— que puede y aun debe ejercer la mujer casada, ella sola, por sí misma. Que el matrimonio conceda derechos, ciertos derechos al marido, no quiere decir, ni mucho menos, que se los quite todos a la mujer. Aunque ella pierda algunos y se le limiten otros, siempre conserva y permanecen intactos los que se refieren estrictamente a su persona. Por lo demás, la incapacidad civil de la mujer sólo se refiere a actos jurídicos. Fuera de este dominio, propiamente dicho, está libre de la autorización marital. Y no hay duda que la operación quirúrgica, como la mayoría de las actuaciones estrictamente médicas, no constituyen, como tales, actos realmente jurídicos, o sea, hechos voluntarios que crean, modifican o extinguen relaciones de derecho conforme a este. Se comprende, pues, en principio, que en estos casos, en esta materia, no puede estar supeditada la esposa a la autoridad del esposo.

El predominio del marido en la sociedad conyugal no puede llegar hasta el punto de consagrar situaciones, comportamientos, conductas, de una omnipotente y prepotente potestad marital, que caerían dentro de la doctrina de los abusos del derecho en los conflictos familiares, por excesivo uso, por exageración, por extralimitación del mismo, por sus flacos, fallos y defectos. Tal predominio sólo se refiere a los intereses colectivos del clan, a los de su estructura social, a los derechos patrimoniales, pero no alcanza, no debe alcanzar, a los derechos individuales y personales más elementales del otro cónyuge, entre los cuales, ninguno tan imperioso como el derecho a la vida, como el derecho a la salud, como el derecho a los auxilios y cuidados médicos pertinentes para conservarla, vigilarla o recuperarla. La mujer, lo mismo sana que enferma, no puede ser una especie de prenda o propiedad que pertenezca más al marido que a ella misma. La autoridad y la voluntad marital no han de dar en tiranía intolerable, en un zafio despotismo, no pueden alcanzar tales extremos, no pueden ser hasta este punto preponderantes.

Señalaremos a este respecto que, Federico de Castro, hace notar cómo la interpretación del artículo 62 del Código Civil se extiende a la capacidad de la mujer para los actos relativos a la asistencia médica. Y cita una sentencia del Tribunal Supremo de 19 de mayo de 1934, que recurre a la figura de la «representación necesaria» de la mujer, para declarar válido un contrato de servicios, de «carácter extraordinario» (médico de Madrid llamado a Córdoba).

Si el marido tiene derechos a prerrogativas —los hay ciertamente incuestionables e imprescindibles—, la esposa conserva no obstante otros naturales, indepen-

dientes de los de aquel, e igualmente intangibles. La autoridad marital ha de ir acompañada de limitaciones impuestas al marido y de recursos en favor de la mujer que impidan el ejercicio abusivo de una autoridad que, como todo poder familiar, constituye más que un derecho un deber, que se ejerce no en el interés Téngase en cuenta también que, según doctrina generalmente admitida, las incaexclusivo y egoísta de uno, sino en el interés común y altruista del consorcio familiar. pacidades civiles de la mujer han de entenderse siempre en el sentido de su amparo y protección.

Por lo demás, la potestad marital —que ha empezado a ponerse en tela de juicio, no sólo en nuestra patria, sino en la legislación de todos los países— es menos extensa que la patria potestad. Las modernas tendencias del Derecho aspiran a limitar cada día más los poderes del marido, y a igualar con los suyos los de la mujer. En principio, dado el estado actual del Derecho, de la legislación, de la jurisprudencia, el marido no tiene más que poderes muy limitados sobre la persona de su esposa, y no es por tanto razonable sostener la tesis de que pueda autorizar o rechazar tal o cual intervención quirúrgica sobre ella. El problema del consentimiento marital para operar a la mujer casada —escriben bastantes autores— es jurídicamente menos serio, menos grave de lo que algunos suponen; por lo común es solo una cuestión teórica, y no puede justificar las vacilaciones y la puntillosa, la demasiada cuidadosa atención que sin fundamento práctico alguno le dedican ciertos tratadistas, principalmente extranjeros, por razones de las que nos ocuparemos más adelante.

No cabe duda, dice nuestro conocido civilista Castán Tobeñas, que nuestra época presencia, lo mismo en la vida pública que en la vida privada, un movimiento universal de resurgimiento de las antiguas y viejas doctrinas feministas, si bien ahora desde nuevas trincheras y ángulos de mira nuevos. No puede negarse que las campañas de antaño han dado su fruto. Las ideas y las costumbres han evolucionado, y, en un desarrollo progresivo, han ido modificando la situación de la mujer casada, tanto en la esfera social como en la jurídica, en cuyos campos constituye hoy día uno de los temas de más actualidad. Se habla por doquiera de la emancipación de la mujer, y se llevan a las leyes soluciones, fórmulas y reformas en este sentido, prudentes unas veces, apasionadas otras.

La evolución de los derechos de la mujer, cualquiera que sea su situación, orientada a través de una progresiva liberación de sujeciones tradicionales, pretendiendo llevar a la casada a una total igualdad con su compañero, constituye una de las más acusadas características de los tiempos actuales, que llena una gran parte de la literatura social, jurídica, médica y psicológica contemporánea. Modernamente —escribe Carlos Blanco Soler— tiende la mujer por su gusto o por las circunstancias que le rodean o agobian, a difuminar su feminidad, no sólo en lo orgánico, con su insospechado deseo de adelgazamiento, sino también con unas ansias de libertad e independencia, que no siempre concuerdan con su constitución y fines para que ha sido creada, lo cual redunda, tiene su parte en la especial manera de conducirse muchas familias, muchos hogares, muchas casas, con las consecuencias desagradables que lleva consigo.

Debido en parte, en muy buena parte, a los progresos y conquistas de la biología y la medicina modernas, la tendencia actual dominante consiste en dar a ambos cónyuges una proporción lo más igualada posible de derechos y deberes, teniendo en cuenta que el buen gobierno del hogar no debe tomar forma de dictadura ni del uno ni del otro, aunque tal vez apunte, creemos que como reacción pasajera, la dictadura femenina, sobre todo en privado. Y así se ha dicho que, hoy día sobre

todo, la mujer ve su gozo y placer más nuevo, quizá como desquite, en poder decidir, en poder consentir, en poder asentir, en poder mandar ella misma y por ella misma, con plena autoridad no ya de hecho sino de derecho.

De todos modos, lo cierto es que su majestad magnífica, el marido, el augusto y adamantino cabeza de familia, dueño, señor y soberano casi feudal del hogar, está siendo arrojado de su trono, lo va perdiendo, se va debilitando su autoridad, que era hasta ahora poco menos que dictatorial, totalitaria. Ha pasado ya para el hombre, y sobre todo para el hombre casado, la época del puñetazo en la mesa, y ve y siente el alborear de una época en que tendrá que inclinar su cerviz, doblar el espinazo, deponer su orgullo y altivez, abdicar su prevalencia, y hasta casi arrastrarse por el suelo o poco menos. La creciente emancipación de la mujer, hace que toque su fin la autoritaria actitud marital, rígida e intolerable, que está siendo destronada de su olímpica altura.

Bien a la vista está, como desde hace algunos años, la situación legal de la mujer en la sociedad matrimonial es centro de palpitante actualidad en las tribunas intelectuales, generales y especializadas, principalmente en las de carácter jurídico, social y médico, en las revistas profesionales y para el gran público, y hasta en la misma Prensa diaria, e incluso en los escenarios teatrales y en las pantallas cinematográficas, sin perdonar la radio y la televisión, con motivo de su paridad con el hombre en la vida conyugal, entendida esta paridad, claro está, en un amplio sentido jurídico y social.

Recordemos la sana, constructiva y razonable polémica que sobre la condición civil de la mujer casada suscitó e inició en «ABC» Mercedes Fórmica —pluma de autoridad, competente y bien templada— en el invierno de 1954. Impera hoy en el mundo —insistimos— como principio teórico y también legislativo, en plena ebullición, el de la igualdad social de los sexos y consiguientemente el de la igualdad jurídica de los cónyuges en el matrimonio. En el mismo año, el Ministro de Justicia, Antonio Iturmendi, anunció que su ministerio había tomado la iniciativa de llevar a efecto reformas en el régimen de la capacidad jurídica de la mujer, que sin afectar a los principios esenciales de nuestro derecho de familia, sin olvidar las peculiaridades de su raigambre hispánica, ni fidelidad a la concepción cristiana, amplíen su capacidad y eliminen supervivencias restrictivas, un tanto arcaicas y actualmente infundadas, que han metido a la mujer entre la gente de peor calaña, que llegan hasta equipararla, única y exclusivamente por su condición de mujer, con los delincuentes e incapaces.

La idea fue madurando, y cuando, hasta cierto punto y dentro de ciertos límites, estuvo en sazón, se hizo en 1958 la oportuna y parcial reforma del Código y de la ley del Procedimiento civil, dando las oportunas y justas libertades a la mujer, mejorando su situación jurídica que, en algunos aspectos, era hasta entonces, según hemos visto, verdaderamente bochornosa. Pero las modificaciones no afectaron a la autoridad marital, que siguió y sigue conservando su primacía en la sociedad familiar.

Sin embargo, siempre se ha propuesto, y se sigue y se seguirá proponiendo, como ejemplo y modelo de comportamiento y conductas, en todos los órdenes y aspectos de la vida, el administrar, el cuidar, el vigilar, el proteger, el amparar, «como lo haría un buen padre de familia». Desde que el cristianismo elevó la condición jurídica de la mujer, dignificándola, desde que el matrimonio adquirió su plena significación y dignidad y fue instituido el sacramento que lo sublima y santifica, la autoridad marital, bien entendida y practicada, es principio invariable y eterno, como norma y base de la vida en el matrimonio y en la organización

y funcionamiento de la institución familiar, que descansa sobre tal autoridad. Como dice Castán Vázquez, Dios creó primero al hombre y luego a la mujer, lo cual no es una casualidad, porque en el Génesis no hay casualidades.

El marido es el jefe de la familia, a quien la esposa debe estar sometida, no como esclava, sino como compañera. Tal es la sólida doctrina de la Iglesia, fundada en las palabras del mismo Jesucristo, en el testimonio de los Apóstoles, en la epístola de San Pablo a los de Efeso, en las encíclicas, discursos, mensajes y alocuciones de los Papas, en las pastorales y exhortaciones de los Obispos, en el ejemplo de los buenos cristianos. Cuando se dice, como dicen algunos, que la legislación sobre esta materia está «substancialmente» anticuada, se puede decir también, sabiéndolo o sin saberlo, queriéndolo o sin quererlo, que el sacramento está también anticuado, lo cual, no sólo es improcedente, sino que es de todo punto inadmisible. El matrimonio es un verdadero sacramento, «una de las siete fuentes de gracia» instituidas por Cristo mismo. El vínculo matrimonial está regulado por inquebrantables normas eternas, por permanentes e inmutables criterios religiosos, por fundamentos seculares de equidad y justo rigor, todo ello de jurisdicción universal, que se extiende a todos los confines del mundo, que abarca todo el orbe de la Iglesia.

Consideramos, por tanto, que robustecer la autoridad marital puede ser el remedio mejor para luchar contra una de las mayores plagas sociales de la actualidad, contra tristes y dramáticas miserias de la sociedad de nuestro tiempo. Sobre todo, contra la alarmante fragilidad de la familia moderna, contra la creciente degradación de las costumbres familiares, que está llegando, si es que no ha llegado ya, a muy peligrosos extremos. Hay que revigorizar esta autoridad, sin incurrir —se comprende sin más— en planteamientos irresponsables de la cuestión, ni en interpretaciones tendenciosas de la misma. A la recta y saludable autoridad marital afluyen cada día más las ansias y las esperanzas de las familias desgarradas, rotas, deshechas por las pasiones, las desaveniencias, las desdichas humanas.

Naturalmente que no todas las mujeres se lamentan de las limitaciones de su condición de casadas y quieren por eso cambiar de sexo. Mas es bastante numeroso el grupo de las que sí lo querrían, simplemente para tener más libertad, para no estar tan encadenadas como dicen, para hacer y deshacer a su gusto, según les parezca, cuando les venga en gana, como hacen ellos, sean casados o solteros, sin tener en cuenta que esa libertad, esos privilegios de que dicen gozan los hombres, están más en la imaginación, en su femenina fantasía, que en la realidad.

La familia, lejos de estar anticuada, como dicen algunos, se presenta hoy día como la única salvación de la humanidad, y su institución, sus valores, su jerarquización, ofrece preciosos ejemplos, valiosos modelos, remedios heroicos para ello. El progreso de la vida moderna, con sus constantes apremios de todas clases, tiende a la unificación, en el sentido familiar, mas bien que a la fragmentación, y se basa en la constante ampliación de círculos de contacto para sentirnos como emparentados con todos y alegrarnos de los lazos que creamos, de las raíces que echamos, de las bases sólidas de amistad que establecemos. de los nuevos parentescos que adquirimos. El famoso historiador británico Arnold Toyhbee, en una conferencia pronunciada en el auditorium de la Universidad de Minneapolis (Minnesota), en el mes de noviembre de 1955, dijo que el único porvenir lisonjero del género humano consiste en vivir juntos, como una sola familia, en una especie de función social, mundial, de tipo hogareño, casero, familiar.

Quizá las mujeres, en el fondo, a pesar de todo el énfasis feminista con que lo cubren, no quieran tantos derechos como dicen que pretenden y quieren, y como parece que se afanan por lograr, por más que traten de hacernos creer que el hombre ha de renunciar a su papel de número uno en la casa. Cierto que, a veces, dan la impresión de estar luchando hasta la última trinchera para quitar autoridad al varón, para domesticarle, para hacer que renuncie a su primacía. Pero en lo más recóndito de su corazón —es la tremenda inconsecuencia de su misma naturaleza— está deseando que sea el hombre quien gane, venza y mande. Y tiene que ganar y mandar, porque ella, en realidad, y en términos generales, no está hecha para el mando, ha nacido naturalmente pasiva. En lo que atañe a otras igualdades, las mujeres siempre preferirán un marido que esté dispuesto a trabajar todo lo que haga falta antes de permitir que su esposa haya de acudir a un taller, a una oficina, a una fábrica, o tenga que trabajar en cualquier lugar que no sea su casa y en otras labores que no sean las del hogar que le corresponden. Creemos que, en muchos sitios, las mujeres, en su mayoría, siguen opinando que, siempre que sea posible, la autoridad de la casa debe recaer en el varón.

En esto de la igualdad de derechos del hombre y de la mujer dentro del matrimonio no ha de llegarse a tales extremos que puedan provocar y ser la ruina de la familia y del hogar. El matrimonio no es sólo una categoría social, ni un fórmula jurídica, ni la célula primera de la vida en común. Es también una ley natural que se funda en valores espirituales, en fundamentos religiosos, en el principio de autoridad que viene del Creador y que encarna la unión, y que preserva, mantiene, defiende, restaura, edifica los valores de la dignidad humana. El matrimonio no es sólo la obra maestra de la creación social, sino que es, ante todo y sobre todo, un sacramento solemne, una institución divina.

Por todo lo dicho, el derecho canónico y también el código civil, establecen para la mujer casada algunas limitaciones y sujeciones, impuestas por la naturaleza, deseadas por la conveniencia humana y cristiana, queridas por las mismas exigencias de la vida social, que no podría subsistir sin una unidad de dirección, sin una autoridad, ni siquiera en su forma más reducida, como es la conyugal. Incuestionablemente, la mujer no es igual que el hombre. No sólo su organismo físico, sino también su psiquismo, está configurado de manera un tanto diferente al del varón. Ante la cuestión que nos ocupa, como ante otras muchas, es más sensible que razonable y menos objetiva. Está más inclinada a la informalidad, y su voluntad es más débil que la masculina.

Hay diferencias esenciales, substanciales entre uno y otro cónyuge, que tienen su rigor anatómico y fisiológico, sus fundamentos racionales, sus principios lógicos y convincentes, sus valores teológicos, sacramentales, religiosos. No se pueden borrar las fronteras naturales que separan uno y otro sexo. Ello equivaldría a querer borrar también la específica misión que a cada uno corresponde. La mujer no puede olvidar, sin renegar de sí misma, de su personalidad femenina, sin anularla, los principios elementalísimos que determinan su misión. Por lo demás, la institución familiar no se puede reformar tan fácilmente, a cada paso, ni puede estar supeditada en sus fundamentos morales y jurídicos a los tecnicismos siempre en revisión y rápidamente cambiantes de la ciencia, a los vientos de las circunstancias ocasionales, de las coyunturas del momento, de las veleidades de la moda.

Circunscribiéndonos más estrechamente al tema que encuadra nuestro trabajo, y trayendo aquí las consideraciones que llevamos expuestas, a guisa de introducción, hemos de considerar en principio, como norma general, que supeditar, en lo que es lícito, se entiende, la salud individual, en sentido lato, a la salud del hogar, es ayuda muy eficaz para la perfección personal y medio poderoso para practicar virtudes excelentes. Así como hay más honor en dar que en recibir, más nobleza en servir que en ser servido, hay igualmente más gozo y satisfacción en dar la

salud por los nuestros que en guardársela uno para sí solo. ¡Qué feliz es la vida familiar, cuando así se comportan sus miembros, con sacrificio personal y mortificación individual, y qué triste y aun escandalosa cuando se impone en ella el egoista amor propio de alguno de sus miembros! En este sentido, los intereses particulares de los esposos han de ceder en aras de un apoyo a la empresa común, que es la conyugal y familiar. Téngase en cuenta que, después del individuo, primer factor humano en peso, número y medida, naturalmente, y antes que el municipio, sirve la familia de base constituyente de la sociedad, de la cual es además la medula, su substancia principal, según es lugar común, tópico vulgarísimo, la conocida expresión «célula familiar primaria».

Tengamos presente también que la salud individual y personal de cada uno, de cada cónyuge, es susceptible de obrar sobre la salud y la felicidad del otro, y también sobre la salud de los hijos que pueden nacer del matrimonio, y se han de integrar en el medio familiar. En este sentido, creemos que, para operar a una persona casada, sea hombre o mujer, el ideal sería que fuera necesario el consentimiento del otro cónyuge, ya que los dos tienen igualdad de derechos recíprocos sobre su cuerpo, y ninguno de los esposos debe disponer de sí mismo sin el consentimiento, sin el conocimiento del otro. Recordemos a este respecto el lema de los Reyes Católicos, que en este sentido podríamos aplicar aquí: «Tanto monta, monta tanto, Isabel como Fernando», es decir, el hombre como la mujer. El marido hace a la esposa, y la esposa hace al marido. A los que constituyen el hogar, interesa mucho, enormemente a menudo, la salud y la enfermedad de sus miembros, que tanto y tanto puede influir en la mutua ayuda y cooperación en el nivel afectivo, moral, social, cultural, económico de la vida familiar.

Teniendo en cuenta que en el Derecho civil, en la esfera familiar, se tiende a reconocer derechos de la familia que no representan una suma de los derechos de sus miembros, teniendo en cuenta esto hemos de considerar que la salud y la vida de la madre o esposa, como las del padre y marido no son, no deben ser, a fuerza de exagerar su exclusivo interés individual y personal, bienes ferozmente egoístas, que única y exclusivamente atañen a él, con exclusión del otro. Nada más extraño a la vida familiar, nada más nocivo que el aislamiento de sus miembros, que el centrarse cada cual en sí mismo con exclusión de los otros, que el egoísmo que induce al individuo a encerrarse por dentro, a no preocuparse mas que de él. La salud de uno y otro cónyuge es también, en cierto sentido, patrimonio de la sociedad familiar, de los demás miembros que la forman, y factor importante del orden de su convivencia.

Cuantas y cuantas veces se ciernen sobre el cielo del hogar las nubes preocupantes de la salud de sus miembros, que llenan su futuro y también su presente de angustiosas ansias y obsesiones. En cierto modo y manera, y en ciertos aspectos, la salud, insistimos, es una especie de bien patrimonial común, que como tal debe conservarse, administrarse, restaurarse, recuperarse, según los casos, por los medios lícitos que sean. Tener o no tener salud, es un bien o un mal común en todos y para todos los órdenes de las estructuras cívicas de la conveniencia y de las relaciones humanas. Su presencia o ausencia repercute en la vida social, por mínima o reducida que sea, como es la conyugal y familiar, y hasta la condiciona substancialmente, decisivamente, transcendentalmente. Por lo demás, el derecho a la vida y a la salud, por muy personalísimo que sea, está sustraido a la voluntad, al poder de la plena disponibilidad del sujeto.

La salud y la vida tienen sus derechos, pero tienen igualmente sus deberes y obligaciones. Hemos de reconocer también que, en el problema capital del matrimonio, la salud no es el único factor de importancia, ya que existen otros intereses morales y sociales que lo son igualmente, si no más. El criterio médico, que por lo demás falla con frecuencia, no es infalible en estas cuestiones.

De todos modos, aplicando aquí unas palabras de Pío XII comentando las del Apóstol San Pablo, podríamos decir que, si en nuestro organismo, cuando una cualquiera de sus partes sufre, todas las demás sufren con ella, proporcionando las sanas su propia ayuda a las enfermas, del mismo modo, en la familia, al igual que en la Iglesia, cada uno de sus miembros no vive únicamente para sí mismo, sino que ayuda también a los otros, y todos se ayudan recíprocamente. Y no sólo por caridad, por una caridad industriosa, sino también por otros intereses que son legítimos y loables, tanto para su mutuo consuelo como para el mejor desarrollo, progreso y provecho de los miembros de la familia. Pues bien, de ella, el padre y la madre son los miembros primeros, los más eminentes. Son como los pastores de quienes dependen de un modo u otro los demás. De una manera u otra, la salud de los padres importa a todo el clan. Nada de lo que afecta o atañe a los genitores, es o puede ser ajeno a sus deudos y familiares. La salud o la enfermedad de uno de ellos son salud o enfermedad solidarias, salud o enfermedad para todos, como lo son también sus alegrías y gozos.

Por todo lo dicho, y desde el punto de vista en que estamos, creemos que existe el problema, la cuestión del consentimiento quirúrgico en las mujeres casadas, en lo que respecta al del marido, que es el que aquí ventilamos. No consideramos, por tanto, que pueda ser tenida la salud de la esposa como si fuera un bien parafernal que lleva la mujer al matrimonio, pero que en ningún modo, en ningún sentido ni aspecto, entrega al marido, ni al acervo familiar, del cual, podríamos decir, conserva ella la administración. Pero el que se haya de obtener el permiso de éste no quiere decir que ella no pueda decidir, ni que tenga que claudicar en esto ante el esposo. En los países donde se exige o requiere el consentimiento marital, al menos en ciertos casos y circunstancias, y en los que simplemente se aconseja, aunque sólo sea teóricamente, el tema está harto manoseado, casi agotado, por los tratadistas del Derecho y de la Medicina legal, que lo han estudiado con afán, con agudeza y fino tacto, teniendo en cuenta los dos factores que hemos señalado, ambos fundamentales: el personal y el conyugal, el individual y el familiar, el privado y el común.

Por lo que se relaciona con nuestra literatura jurídica y médico-legal, no son muchos, sino todo lo contrario, pocos, poquísimos, los libros, monografías, artículos, especial y cumplidamente consagrados al tema. En lo que se refiere a las disposiciones legislativas españolas sobre la materia, creen algunos que, prácticamente, no hay problema ni cuestión a este respecto. Es decir que, en virtud de los argumentos anteriormente expuestos, no es necesaria la autorización del marido para operar a la mujer, mientras ésta se encuentre en perfecta capacidad de discernir. Basta pensar, dicen los juristas, sobre las disposiciones legales que fundamentan la capacidad de la mujer casada, para comprender que sus limitaciones sólo afectan a los actos jurídico-patrimoniales, y ello con cierta amplitud, pues basta la anuencia tácita del esposo, para legitimar las obligaciones que más habitualmente puede contraer su esposa. Según la ley, sostienen los tratadistas que, en los casos que tratamos, la autorización, conformidad o consentimiento para someterse a un tratamiento que afecta a la salud y a la vida, nace de un derecho natural de la persona, para cuyo ejercicio sería absurdo pedir complemento de capacidad. Está del todo fuera de lugar, que se limite a la mujer ese derecho que afecta a su propia salud y a su misma vida, y, en cambio, se le reconozca capacidad política, plena capacidad política, frente a la opinión y consejo del marido.

Con arreglo a esta doctrina, sana, correcta, clara, siempre que se mantenga dentro de sus naturales límites, se explica perfectamente que, entre nosotros, nada existe específica y concretamente legislado sobre esta cuestión, que no por eso deja de presentarse, con cierta frecuencia en la conciencia de uno, a veces con caracteres apremiantes, en la práctica profesional de la cirugía y, en general, de la medicina. Pero el que la ley no se ocupe de este asunto, ni aun lo mencione, ni siquiera se refiera a él, y hasta lo proscriba o poco menos de sus cánones, no quiere decir que no exista, ni siquiera desde un ángulo de mira especulativo. Aun cuando nada diga la ley, la cuestión no deja de tener viva actualidad en el campo galénico. Sabemos muy bien los médicos, por dolorosa experiencia, que la autorización y el consentimiento marital para actuar, no sólo quirúrgicamente, sino también a veces médicamente, sobre la esposa, tanto en el sentido de contar como en el de no contar con él, puede plantear delicadas cuestiones sociales, morales y económicas, según hemos apuntado, graves y difíciles de resolver jurídicamente, que pueden llegar a comprometer seriamente la libertad profesional del arte y de la ciencia de curar. Creemos que en toda operación quirúrgica no sólo han de tenerse en cuenta las cuestiones de vida o muerte, de salud y enfermedad, y el destino supremo del ser humano, sino que han de considerarse también otras características y circunstancias, tales como la de la situación civil y social del paciente, si está casado o no, su situación familiar, económica y otras.

Desde el punto de vista médico, podría interpretarse este mutismo en el sentido de que existe tácitamente tal consentimiento del marido con respecto a su mujer, y viceversa, según se desprende del artículo 56 del Código Civil, que señala como principales obligaciones de los cónyuges las de vivir juntos, guardarse fidelidad y socorrerse mutuamente. De todos modos, si el silencio a que nos referimos equivale a resolver la cuestión en el campo de la teoría pura, sin embargo, en la práctica del oficio no soluciona, no resuelve tangiblemente el problema cuando se presenta realmente. Aun cuando nada diga la ley escrita, pueden ocurrir casos en la vida en que se plantee, en conciencia, la necesidad del consentimiento del cónyuge. De vez en cuando, algún hecho concreto de esta naturaleza viene a poner al día, en las columnas de los periódicos para el gran público, la ardua cuestión del consentimiento quirúrgico de las mujeres casadas. Sin llegar a esta publicidad, no son pocas las veces en que se presenta, en que surge la necesidad o conveniencia de plantear en relación con la mujer casada este requisito o extremo de que hablamos.

El descuido, la ignorancia de esto, a lo que arrastra a muchos el silencio de la ley, puede acarrear situaciones difíciles, comprometidas, peligrosas, arriesgadas para el facultativo, aunque no sea más que en razón de las consecuencias financieras de la operación o tratamiento proyectados, repetimos, ante las cuales la ausencia del consentimiento marital podría ocasionar dificultades legales más o menos graves. Sería, por tanto, conveniente que el Derecho, recogiendo la doctrina deontológica de nuestra carrera y teniendo en cuenta lo que ocurre a este respecto en otros países, y el principio de la autoridad marital que gobierna legalmente la sociedad conyugal, hablará expresamente, de manera clara y concreta, sobre el tema, para que los médicos, y en especial los cirujanos, sepan a qué atenerse cuando el problema se presente con efectos o repercusiones legales, y les saquen de la perplejidad y estancamiento en que a veces puede sumirles. Se imponen, pues, normas y reglas jurídicas de suficiente elasticidad, que ayuden y orienten el discernimiento del médico en esta delicada materia y le eviten perniciosos desalientos y dudas. Sin embargo, hemos de considerar que la regla estricta, tanto positiva como negativa, tiende a la rutina o el abuso, y hay que procurar no sea demasiado rigurosa o arbitrar precauciones y remedios para que no se produzcan, o remediar los abusos y rutinas de la regla.

Por lo demás, ni en el ámbito de la medicina ni en el de la justicia se pueden establecer normas precisas y concretas a este respecto, que sean aplicables con cierta exactitud matemática a la gran diversidad de casos que se presentan en la práctica profesional del arte y de la ciencia de curar. La relación médico y enfermo plantea buen número de problemas, no sólo médicos, sino jurídicos, positivos unos, especulativos otros, que no se pueden ignorar ni descuidar, ante los cuales la ley no siempre puede inhibirse, y que se deben estudiar e investigar, de común acuerdo ambas ciencias: la Medicina y el Derecho. Consideramos, por tanto, que se deben formular, con cierto carácter legal, aquellos extremos que deben estar constantemente presentes en nuestra mente y conciencia, para que de tales normas y reglas podamos deducir claramente, con mejor luz y más certeza, la actitud y conducta que debemos seguir en esta cuestión. Tal es nuestro propósito al redactar estas páginas.

Insistimos en que, desde el punto de vista jurídico, puramente técnico, en la materialidad de la doctrina y la letra legal, se ha resuelto la cuestión de un modo y manera totalmente negativos. La actitud, la posición legal equivale a declarar que no hay tal cuestión, que en derecho no existe. Por eso, ni siquiera la menciona, ignorándola en su aspecto más arduo, como problema deontológico, como caso de conciencia en situaciones concretas y determinadas del ejercicio profesional de la Medicina y la Cirugía. Sin embargo, hay momentos en nuestro oficio en los que a veces, con fuerte justificación ética, aunque no jurídica, se impone por las razones apuntadas, como regla de prudencia cristiana, la necesidad de conocer el criterio marital para operar a la casada, y contar o no contar con él, según los dictados de la teología moral.

Por todo esto, aun cuando nada diga el Código Civil, consideramos que para operar a una mujer casada, sea el esposo, sea la esposa, el ideal está en obtener el asentimiento de ambos. Pero circunscribiéndonos estrictamente al caso que tratamos, creemos que, teóricamente al menos, en principio y como norma general, para operar a una mujer casada, el cirujano debe obtener primero el consentimiento de ella como simple criatura humana y como mujer, el cual, en las condiciones corrientes, ordinarias, normales de la vida, debe privar sobre cualquier otro y ha de ser necesariamente seguido por el médico. Mas esto no excluye, no excusa la obtención del asentimiento del marido, al cual al menos se le habrá de informar, habrá que prevenirle sobre el acto quirúrgico que se propone y se va a realizar. Ello a guisa de presupuesto jurídico complementario, dada la condición civil de la mujer en su estado de casada, el sagrado vínculo del matrimonio, el principio de la autoridad marital y los altos y trascendentales valores de la salud de la esposa, que puede reputarse como primordial, esencial para el sostenimiento y el buen orden conyugal y familiar. Tal consentimiento, asentimiento o acuerdo, como quiera llamarse, debe ser requerido lo mismo si la intervención es indispensable para la salvación de la vida, que si sólo es necesaria para su curación, o simplemente conviene para su alivio. Según BROUARDEL, para operar a una mujer casada, la autorización del marido sería tan indispensable como lo es la de los padres para operar a sus hijos.

Recordemos, según hemos apuntado antes, que la salud de la esposa y madre no sólo le pertenece a ella, sino que tiene una extraordinaria, enorme influencia para la buena marcha de la familia, de la cual el esposo es el jefe o cabeza. Volviendo sobre lo anteriormente expuesto, no debemos olvidar que el matrimonio

es una sociedad y, como tal, requiere una jefatura, una unidad de dirección, de contenido funcional en el seno de la misma, con las necesarias prerrogativas. En todos los órdenes de la vida, el principio de autoridad es hoy más necesario que nunca para luchar y vencer. No hay sociedad organizada, aunque sólo lo sea mediana o sumariamente, que no necesite una autoridad jerárquica que la rija y que tome las decisiones pertinentes. Sobre esto no hay discusión. Se trata de un axioma que, como todos, no necesita demostración.

Todos reconocemos la necesidad de que un servicio tenga su director, de que un regimiento tenga su coronel, de que un consejo de administración tenga su presidente. Es indudable que en todo grupo social ha de haber alquien que personalmente mande. Sin autoridad, sin mando, sin jefatura, sin presidencia, según corresponda, nada puede marchar bien. Todas las actividades humanas requieren manos firmes que las dominen y guíen. Toda familia tiene necesidad de un jefe. En sentido abstracto, es indiferente que sea un hombre o una mujer. Pero en la realidad de la vida, la tradición y la experiencia demuestran que, en la mayoría de los casos, es mejor que sea el varón.

Ciertamente que en determinadas direcciones legislativas del Derecho civil contemporáneo se define y acusa, se quiere afirmar el criterio de cogobierno o coparticipación de ambos cónyuges en el poder de la dirección familiar. Mas en nuestro Derecho civil, a pesar de sus recientes, importantes reformas, se mantiene el principio de unidad, que en la historia patria, en la tradición católica, en el sentir social, se viene atribuyendo siempre, invariablemente, al marido.

En España el marido ha sido siempre, y sigue siendo, la suprema autoridad de la sociedad conyugal. Es su jefe, su director nato, convenientemente auxiliado y asesorado, incluso guiado, por todos los miembros del clan, para vigilar y salvaguardar el orden, la disciplina, la compostura de la casa. La autoridad, en ella, ha de estar bajo la égida del padre, del esposo, del cabeza. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que esta autoridad, más que autoritaria, es tuitiva.

Son numerosos, sólidos y razonables los argumentos históricos, jurídicos y biológicos a favor de que la unidad de dirección del hogar se entregue al varón, mas sin que con ello se quiera decir, ni mucho menos, la inferioridad de la mujer. La paz y la justicia familiar están directamente conectadas, estrechamente vinculadas, consecuentemente subordinadas a la autoridad, al magisterio, la tutela del que es su jefe o cabeza visible, las cuales tutela, magisterio y autoridad no se pueden anular, ni pueden estar anquilosadas, ni pueden ponerse a cada momento en tela de juicio. Pero téngase en cuenta, sobre todo en lo que se refiere al asunto que nos ocupa, que el consentimiento del marido, por sí solo, no basta, no es suficiente, salvo ciertas circunstancias de urgencia, cuando no hay tiempo que perder, o por incapacidad de la esposa.

Cuando el marido rehuse otorgar el consentimiento de que hablamos, para una intervención quirúrgica que está plenamente justificada, el cirujano se esforzará en persuadirle para que lo dé, haciéndole ver la responsabilidad moral en que incurre y eventualmente el delito y aun el crimen que puede cometer si deniega la autorización que, por las causas que sean, se considera necesario para operar a su esposa. Pero si por las circunstancias del caso no hay más remedio que contar con él, y él insiste en su negativa, entonces el facultativo, para evitar o cubrir una eventual responsabilidad, aconsejará a la mujer se dirija a la autoridad judicial competente, para obtener el oportuno y necesario consentimiento que proceda, y que al médico, desde el punto de vista científico, técnico, profesional y moral, le interesa obtener. Sin embargo, en algunos casos —salvo los de urgencia—, cuando el marido funde su negativa en el honor y los altos intereses de la familia, podría

recurrir igualmente a la misma autoridad para que ésta, si así lo juzga oportuno, nombrara los peritos o expertos, que habrían de informarle o asesorarle. Téngase en cuenta, a este respecto, que es norma generalmente admitida que el marido puede ejercer su autoridad cuando se trata del bien moral o material de la familia. Hay países en los cuales el hecho de rehusar o aceptar un cónyuge determinado tratamiento quirúrgico, que se juzga indispensable para los fines y la razón de ser del matrimonio, puede constituir una violación de sus obligaciones conyugales que autorizan al otro a pedir el divorcio.

La misma conducta se seguirá en los casos de separación de cuerpos, pues aun cuando esta situación relaja los lazos del matrimonio, no los rompe del todo. Si el marido está ausente, es decir, si se ignora dónde vive, se consultará a la familia de la esposa, lo cual puede ser a veces embarazoso, ya que, ¿dónde comienza y acaba realmente la familia? De otra parte, lazos fmiliares no quieren decir siempre lazos de verdadero afecto y desinterés. Cierto que, en el seno del hogar, la enfermedad de alguno de sus miembros es con frecuencia el centro del amor, de la solicitud, del desinterés, de la generosidad, de la abnegación del círculo familiar. Pero puede ser también el centro de una conspiración de iniquidades, el fondo de un nido de víboras. En tesis general, el médico se dirigirá primero al padre o a la madre, y luego a los descendientes, mas teniendo sobre todo en cuenta los lazos de afecto susceptibles de reunir a la enferma con la persona o personas de los deudos o de la familia consultadas. Son las leyes del corazón, más que las cerebrales, más que las biológicas de la herencia, más que las jurídicas de la sucesión, las que deben privar y regir en esta delicada materia.

Huelga decir que, en circunstancias apremiantes, donde la dilación puede acarrear la agravación y aun la muerte de la enferma, el cirujano seguirá la conducta que se suele aconsejar en los casos de urgencia en general, y operará sin necesidad del consentimiento del marido. En estos casos, aunque por tal conducta pueda el cirujano correr el riesgo de ver comprometida su actuación ante los tribunales, como ha ocurrido alguna que otra vez, sobre todo en otros países, no por eso dejará de ser moralmente aprobado y admirado su gesto. Convendría, por tanto, estudiar la necesidad o conveniencia de dictar disposiciones, o al menos de dar orientaciones claras, precisas, objetivas, que concreten la cuestión, en el sentido, expresamente consignado, de autorizar al facultativo, en tales circunstancias, para operar a la esposa, no sólo sin su permiso, sino también sin el permiso formal del marido.

Un caso particularmente grave y difícil es el que se refiere al consentimiento de la mujer casada, cuando ésta se encuentra en estado de gestación y hay que decidir sobre la práctica de una intervención quirúrgica de cierta gravedad, en sí lícita, deontológica y científicamente, pero que puede tener graves repercusiones sobre el producto de la concepción. Sostienen algunos autores que, en estos casos, sólo a la mujer, única y exclusivamente a la mujer corresponde otorgar el oportuno consentimiento, no pudiendo imponer su voluntad ni el marido ni el médico. Dicen los partidarios de esta tesis que si la parturiente, cuidada y asistida en un hospital, actúa con plena libertad de conciencia y espíritu, rechazando la operación que se le propone, por las graves repercusiones que puede tener sobre su hijo, el tocólogo, el ginecólogo, el cirujano, el médico, después de haber agotado todos los recursos para convencerla, debe inclinarse ante la voluntad de la paciente, clara y terminantemente expresada.

Si la embarazada no accede a la intervención más que en condiciones determinadas, el médico debe aceptarlas, a menos que sean por sí mismas inaceptables o sean contrarias a los fines lícitos del arte y de la ciencia de curar, o hagan la

operación más peligrosa que útil. En estas circunstancias, el cirujano hará bien en abstenerse de operar. En los casos excepcionales en que por el estado habitual o accidental de la paciente no pueda ser considerada como gozando de libertad de conciencia, en situaciones como éstas, y ante la necesidad evidente de una intervención, el cirujano, después de haber consultado con el marido o, en su defecto, con los parientes más próximos, con los más allegados a su corazón, o con sus representantes legales, actuará con autoridad y decisión, según le parezca mejor o más conveniente, obedeciendo los dictados de su conciencia. En tales condiciones, el operador no incurrirá en responsabilidad alguna, ni penal, ni civil, ni moral, ni profesional de ninguna clase, siempre que no hubiera habido abuso de parte suya y se hubiera acomodado a las reglas y normas del honesto ejercicio del oficio.

Así, pues, salvo circunstancias excepcionales, como, por ejemplo, estas que acabamos de citar, el médico no debe imponer su criterio a una mujer embarazada, plenamente consciente, y si su opinión no es aceptada, lo correcto es retirarse, salvo en aquellos casos de urgencia en que la abstención podría hacer correr a la mujer, a ella sola o sólo al feto, o a ambos, muy serios y graves peligros. Es evidente que en estos casos, como en aquellos en que la mujer no goza de una suficiente libertad de conciencia para otorgar un consentimiento válido, es el médico por sí mismo quien debe decidir, ajustándose a las estrictas reglas morales que gobiernan el caso.

En coyunturas como éstas, la autoridad del marido, el parecer de los próximos parientes, no basta, no puede llegar hasta comprometer la vida de la mujer inconsciente o en estado de confusión mental o en estado no claro de conciencia. Aun cuando esas opiniones deban ser tomadas en consideración y hasta tenidas en cuenta, no obstante, es el cirujano, por la suya propia y por sí solo, quien debe actuar, sin temor a incurrir en responsabilidades. Sin embargo, lo hará con tino y prudencia, y a ser posible consultará la opinión de sus colegas.

El doctor RAÚL BAUDET consideró que la mujer no estaba en buen estado de conciencia para decidir, para otorgar o no su consentimiento, en el siguiente dramático caso: «Me acuerdo —refiere dicho doctor—, y este caso no se me olvidará nunca, de una mujer con un embarazo extrauterino roto, que encontré inanimada en su casa, pálida, exangüe, en estado de suma gravedad. Una muchacha de servicio y cinco niños la rodeaban. El marido, camino de Italia, no pudo recibir ninguna noticia, no pudo enterarse de nada de lo ocurrido. La desgraciada gemía y gritaba así: «¡No quiero ser operada!... ¡Que no me operen, por Dios! ¡Dejadme morir en paz!» Sin embargo, el médico de cabecera y yo, por nuestra propia cuenta, decidimos llevarla al hospital, a pesar de sus negativas para ser conducida allí. Durante la noche, y haciendo caso omiso de las angustiosas súplicas de la enferma para que no se la operara, decidimos actuar y practicamos la operación que considerábamos necesaria, imprescindible. Afortunadamente, el éxito justificó nuestra decisión. Pero, ¿cuál hubiera sido nuestra situación si el marido, al regreso, se hubiera encontrado muerta a su mujer después de nuestra intervención, y se le hubiera dicho que la desgraciada no había cesado de gritar, de oponerse con todas sus fuerzas a ser operada?»

Ante casos como éste, u otros parecidos, semejantes, análogos, aunque no sean graves, se ha de recordar siempre que ninguna operación quirúrgica, por fácil que parezca e incluso lo sea teóricamente, está exenta en absoluto de riesgos. No hay ninguna intervención de esta clase que sea absolutamente fácil. Ninguna hay que no pueda presentar peligros. Con razón se dice que aun el médico más hábil no trabaja con la seguridad de una máquina. A pesar de toda la capacidad

del cirujano, puede fracasar un movimiento, una incisión, una punción, cualquier otra maniobra que corrientemente realiza con normalidad. Hemos de tener en cuenta también que la ciencia del Derecho no siempre se muestra compatible con las situaciones delicadas, delicadísimas, del ejercicio de la profesión en sus diversos momentos y coyunturas, a menudo complejos, muy complejos, ni con los rápidos progresos y conquistas del arte y de la ciencia de curar. He de hacer constar, por último, inspirándome en las palabras y en la doctrina expuesta por RICHARD SIEBECK, que soy médico y que, como tal, me baso en el modo de pensar en Medicina al plantear la cuestión que hemos planteado. Pero no dudo, reconozco de gana, que el jurista tiene cosas muy importantes que decir en esta materia. Estoy convencido, sincera y plenamente convencido, de que su saber y sus ideas contribuyen y contribuirán siempre, muy mucho, a iluminar el campo profesional del arte y de la ciencia de curar, en todas sus ramas, en todas sus manifestaciones, en todos sus aspectos.

De todos modos, el cirujano, el médico, ha de guiarse siempre por su buena y sana conciencia, que es la que le dicta su deber y decide su determinación y elección, por encima de las frías y rígidas reglas jurídicas, sobre todo cuando se trata de una vida que salvar. Sin embargo, consideramos de elemental prudencia que el facultativo solicite la autorización, el consentimiento, el asentimiento, el acuerdo, las aquiescencias de que hemos hablado y las consultas a que nos hemos referido, salvo los casos de urgencia, más o menos extrema, en que no exista tiempo material para tales solicitaciones, y no haya más remedio que decidir y actuar con intrepidez, con noble y santa intrepidez.

Cuando se plantea la cuestión del sacrificio del feto, fundándose el operador en el consentimiento de la madre, como razón justificativa, terminante, para realizarla, argumentando con la doctrina del derecho sobre el propio cuerpo, tan abusivamente entendida por algunos, según la cual, la mujer misma puede decidir si quiere o no ser madre, tal consentimiento no es válido. En estos casos, no se trata real y verdaderamente del cuerpo de la madre, de su derecho a la vida —aun prescindiendo de que tal decisión no le compete más que dentro de ciertos límites—, sino del derecho a la vida del niño, vulnerado al decidir en su contra. La madre no tiene derecho alguno sobre la vida del feto, sino un poder que le ha sido conferido, y por cuyo abuso puede ser legalmente condenada por las leyes humanas, y moralmente responsable ante la ley de Dios.

Haremos constar, por último, que no hemos entrado, no hemos querido entrar, no podíamos entrar —carecemos de capacidad para ello—, en el terreno técnico jurídico de la cuestión médico-legal que hemos planteado. Ya se habrá comprendido perfectamente al leer estas páginas. Pero sí hemos preguntado, y seguimos preguntando: ¿Hasta qué extremos, grados o límites, religiosos, morales, sociales, humanos, la vida, la salud, la voluntad, las conveniencias individuales, personales, egoístas de los miembros del hogar, son independientes de la vida y salud de la institución familiar, de sus altas conveniencias, de su elevada y trascendental misión?

Dirección: J. García Morato, n.º 108, 6.º dcha. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 406 - TOMO LXIX
ENERO 1960
SECCIÓN VARIA

ESPAÑA EN PORTUGAL

I

UNA VISITA A LOS HOSPITALES PORTUGUESES

POR EL

DR. CÉSAR FERNÁNDEZ - RUIZ

DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA Y BELLAS ARTES

PALENCIA

PORTUGAL no es extraño para nosotros, es el país hermano en todos los aspectos, aunque a través del tiempo la historia haya presentado enfrentados y, a veces, en abierta lucha a ambos pueblos; no importa, esa hermandad se ve y se palpa por doquier. Otras veces fui a Lisboa, pero siempre con el tiempo justo para congresos o reuniones, y eso no es viajar. Ahora fui con calma, y, lo que es aún mejor, sin un itinerario previamente trazado, con el solo compromiso del Congreso Internacional de Ginecología.

El primer contacto hospitalario es en Porto. A las afueras de la gran ciudad está el moderno *Hospital Escolar*, con capacidad para ochocientas camas, en el que está instalada la Facultad de Medicina. Visitamos el Servicio de Ginecología y Obstetricia dirigido por el profesor Gonzálvez de Azevedo; servicios muy bien distribuídos y concebidos para una labor cómoda y eficiente, y en plan de organización los servicios de esterilidad y de diagnóstico del cáncer; excelentes quirófanos con el buen detalle de lámparas invisibles, situadas sobre el techo de cristal, en donde se halla el observatorio para los alumnos, que así se eliminan del quirófano, y aprovechan, sin embargo, las enseñanzas; el mismo sistema que hemos de ver en otros hospitales. Es un edificio monobloque dotado de modernas instalaciones, y recién inaugurado, por cuya razón todavía no estaba en pleno rendimiento. La detenida visita de este Servicio recoge una gratísima impresión, e indudablemente será, muy en breve, el gran centro médico-quirúrgico del norte de Portugal.

Pero en Porto está también nuestro amigo e infatigable trabajador el doctor Mario Cardia, director del *Dispensario Central de Higiene Social*, institución estatal dependiente del recientemente creado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Comprende cinco edificios dispersos por la capital, uno de ellos dedicado exclusivamente al control sanitario de prostitutas. El edificio central dispone de un buen servicio de ginecología médica, al frente del cual el doctor M. Cardia, con un numeroso grupo de colaboradores, que a las cuatro de la tarde encontramos en plena tarea, realiza una magnífica labor clínica y social. Tienen en marcha los servicios de esterilidad y de diagnóstico precoz de cáncer, con citólogo, histólogo, colposcopio, etc.; un fichero muy numeroso con el historial completo de cada enferma,

manejado por enfermeras responsables; tratamiento con «ultrasones», del que tienen muy buena impresión en las algias pelvianas, y una buena organización de personal auxiliar femenino destinada a la labor social del Dispensario, al que acude un gran volumen de pacientes; según estadísticas entre los años 1955 a 1957, han realizado un total de 5.968 primeras consultas y 35.087 sucesivas (41.055 en total), destacando en esta labor 958 biopsias uterinas, 7.255 citodiagnósticos de cáncer y 420 colposcopias.

Los sueldos del personal son decorosos, porque el Director-ginecólogo cobra unas 14.000 pesetas mensuales (168.000 anuales), otros médicos 8.000, y las enfermeras 3.000 por mes, aproximadamente.



LA MODERNA FACULTAD DE MEDICINA DE COIMBRA

Por la costa, en un bello recorrido en el que se incluye la playa de Figueira da Foz y la de San Martino, se llega pronto a Coimbra, la encantadora Coimbra, con sus calles en cuesta, salpicadas de tertulias varoniles. La ciudad, llena de historia y de leyenda, y en lo alto, como dominándolo todo por la fuerza del saber, la histórica Universidad de la «Atenas Portuguesa» fundada en el propio palacio del Rey D. Manuel, que conserva el viejo protocolo de sus solemnidades en la famosa «Sala de los Capelos», y donde los ujieres siguen usando espada al cinto, y explican con respeto y veneración las glorias del recinto. Con su «Sala de Profesores», en cuya presidencia los Decanos de cada Facultad tienen la silla tapizada del color que a cada una corresponde. Y la maravillosa biblioteca, de 150.000 volúmenes, fusión de mármol y oro de una riqueza impresionante.

En la escalera que conduce a la «Sala de los Capelos» hay una inscripción que dice:

«Cuando tanta cosa que parecía sagrada y eterna se dispersa y disuelve en el mar revuelto, que es el mundo de hoy, es bueno confiar en el valor de una institución que no traiciona a su espíritu ni se separa de la misión que le fue confiada... Quien está ante mí es el mismo ser moral que viene diciendo durante siglos: cuando

estudia, cuando enseña, cuando se manifiesta, no hay por qué preguntar, porque es Coimbra, es la Universidad.» (Salazar.) Y no hay duda que la lección es hermosa.

En el gran patio de la Universidad, en uno de los ángulos de la fachada, está «la cabra», el reloj de la Torre, que rige el ritmo de la vida universitaria, que es el ritmo de la vida de Coimbra, en donde los estudiantes siguen fieles al uso habitual de la casaca y de la capa, y quiera Dios que la tradición se mantenga por mucho tiempo.

El nuevo edificio de la Facultad de Medicina es magnífico, como el de la nueva Biblioteca. Las clínicas de Ginecología, a cargo del profesor Ibérico Nogueira, con eficientes colaboradores, desarrollan una meritoria labor clínica y científica. La vieja Maternidad, independiente, procura remozarse con las nuevas técnicas y el esfuerzo de sus médicos.



LA VIEJA Y GLORIOSA UNIVERSIDAD INSTALADA EN EL PROPIO PALACIO DEL REY D. MANUEL

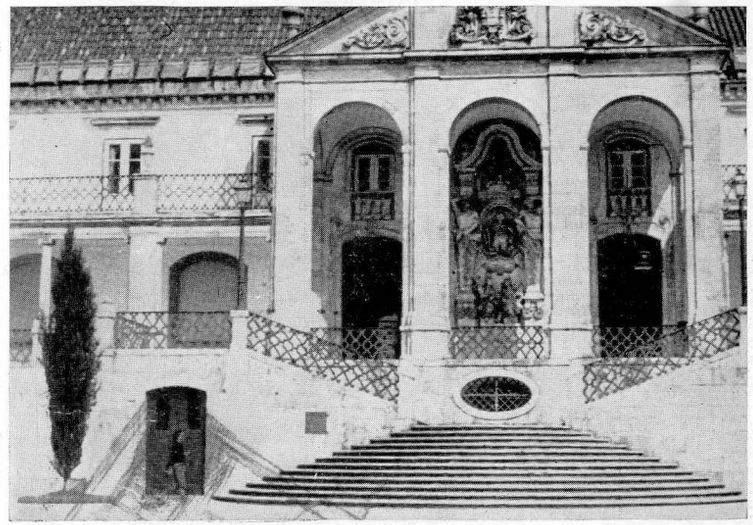
Coimbra es maravillosa, y al visitarla no se puede olvidar su interesante Museo de Machado de Castro, antiguo Palacio Episcopal, y la «Fuente de las lágrimas», en la que la leyenda sitúa el asesinato de la bella española Doña Inés de Castro, el gran amor del Príncipe D. Pedro, llamado injustamente el Cruel (tío del también injustamente llamado D. Pedro el Cruel de Castilla), quien al reinar vengó la muerte de la mujer amada, y en suntuoso homenaje de rehabilitación histórica la hizo reconocer Reina. Y allí cerca está, en pleno bosque, el «Canal del Amor», por el que los enamorados, sigue la leyenda, se enviaban clandestinamente sus misivas; y la «Ciudad de los Pequeños», síntesis de la arquitectura y costumbres portuguesas; y el Monasterio de Santa Clara, con el sepulcro de la «Reina Santa», aquella Doña Isabel de Aragón, esposa del rey portugués D. Dionis, el Rey Labrador; la interesante mujer aragonesa que tanto apasionó a escritores, artistas y poetas, y cuya acción política es una de las más destacadas de la historia de Portugal, Castilla y Aragón, canonizada por el Papa Urbano VIII en 1625.

Y claro es, la visita al hermoso castillo de *Busaco*, del siglo XVI, situado en pleno bosque, magnífico lugar de reposo y meditación, convertido con excelente idea en cómodo y suntuoso hotel rodeado de jardines, flores y árboles centenarios, antiguo monasterio carmelitano y residencia real de estilo manuelino. Una «Cruz Alta», en plena sierra, señala el centro geográfico de Portugal.

Rindiendo obligado saludo a la Virgen de Fátima, se llega al viejo Monasterio de *Batalha*, que por cierto conmemora la batalla de Aljubarrota, ganada por Juan I de Portugal a los españoles, y que cobija el gran sepulcro de piedra tallada con

los restos del Rey D. Duarte I y D.ª Leonor de Aragón, ambos con las manos cogidas en sus estatuas yacentes, fieles a su promesa de «unidos en la vida y en la muerte».

Y cerca de allí, *Alcobasa*, el antiguo Monasterio cisterciense del siglo XII fundado por el primer Rey portugués D. Alfonso Enriquez, hijo de D.ª Teresa de Castilla y de Alfonso VII, para conmemorar la batalla de Santarém, ganada con sólo 250 hombres, en 1153, por intercesión de San Bernardo, y por ello la gran Sala de los Reyes tiene sus paredes cubiertas con preciosa cerámica, típica de la



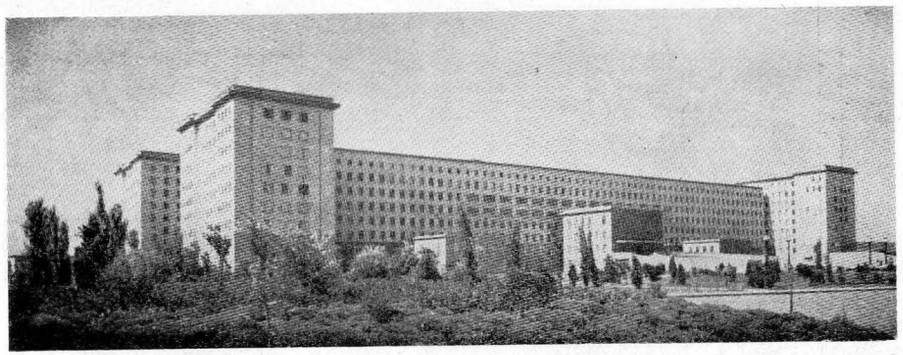
A LA DERECHA DEL GRAN PATIO, LA ESCALERA QUE CONDUCE A LA SALA DOS CAPELOS

región, en la que aparecen las escenas guerreras y sobrenaturales que motivaron su fundación. Un curioso detalle, que llama la atención del visitante, es la inmensa cocina de la comunidad, cuya enorme campana es capaz para asar tres bueyes al mismo tiempo, una enorme mesa de mármol, de una pieza, cuyo peso es de 10.000 kilos, y una derivación del río que pasa por el local de la cocina, y que, a modo de pequeña cascada, proporciona agua corriente en abundancia a los menesteres caseros.

Allí están, y este fue nuestro principal objeto de la visita, los sepulcros que en vida mandó construir y dirigió el Rey D. Pedro I (siglo XIV) para D.ª Inés de Castro, la que como he dicho «reinó después de morir», y para él mismo; en ellos hay talladas múltiples escenas de amor y de recuerdo del asesinato de D.ª Inés, y otras con la vida de Jesús.

Lisboa es una gran capital europea, que, como todas las grandes ciudades, a primera vista, y en fugaz visita superficial, ofrece poco de particular; en ellas, en todas, hay que buscar sus viejos rincones, sus monumentos y museos, sus iglesias, y sólo entonces se penetra íntimamente en su vida pretérita, la más interesante; la «Lisboa antigua», la de los reyes, la de los navegantes, la de los fados...; esa sí que tiene sabor.

La *Maternidad Alfredo Costa* es muy conocida de los ginecólogos españoles por nuestros periódicos intercambios; es acogedora y amable, con esa cordialidad que le imprimen sus jefes clínicos doctores Pedro da Cunha, Meleio de Sosa, F. de Almeida y sus colaboradores. Tiene gran actividad, unos 9.000 partos al año, y gran número de urgencias de fuera de la capital, lo que grava sus cifras de morbilidad y mortalidad necesariamente; las salas se distribuyen para la mejor atención por intervenciones; se practica el parto dirigido con rotura de bolsa y Sparine intravenosa, del que están muy satisfechos; con independencia está el Servicio de Ginecología; llama la atención en seguida el excelente Servicio de Prematuros, abierto a todo el público, pudiente o no, con treinta incubadoras (casi todas ocupadas)



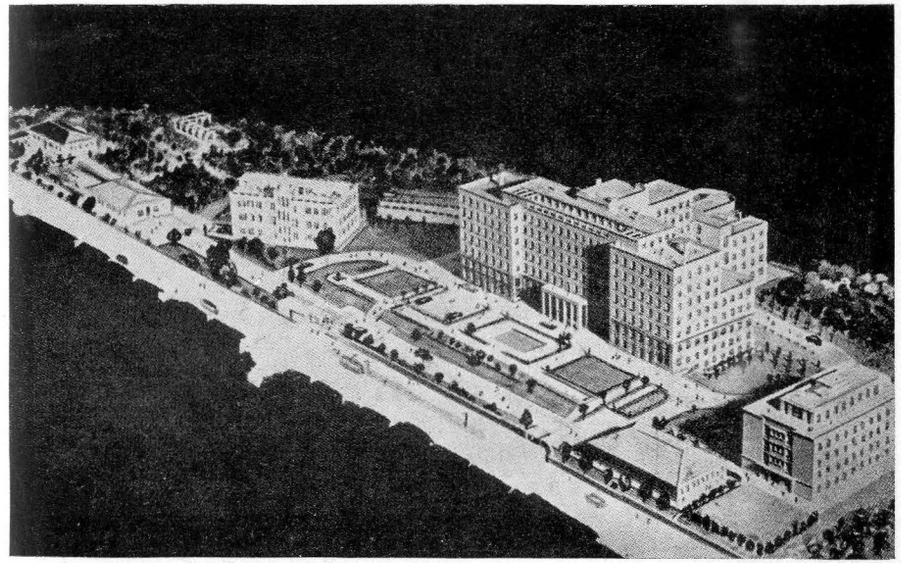
EL HOSPITAL ESCOLAR DE SANTA MARÍA, DE LISBOA. DEL MISMO TIPO, PERO MÁS PEQUEÑO, ES EL HOSPITAL DE PORTO.

y aire acondicionado, al cuidado de enfermeras especializadas en servicio permanente; un Servicio de Vacunación B. C. G. exclusivo; y un Lactarium magníficamente organizado; disponen de un buen sistema de reanimación con aparatos Resurcinett, ingleses, empleando exclusivamente la oxigenación por intubación, con brillantes resultados, infinitamente superiores a los métodos clásicos y medicamentosos totalmente eliminados.

El *Gran Hospital de Santa María*, Hospital Escolar, nueva Facultad de Medicina, es espléndido y moderno, muy bien planeado. El Servicio de Obstetricia y Ginecología que dirige el profesor Freitas Simoes lo visitamos detenidamente con su profesor auxiliar y colaborador directo doctor Melo Rego, buen amigo, simpático y cordial, ilusionado con su trabajo; disponen de cien camas, treinta y cinco de ellas destinadas a ginecología, y tienen montados los servicios de esterilidad y diagnóstico de cáncer. Asistimos a la consulta ordinaria y pudimos comprobar la buena organización y el sentido humano que allí impera; el doctor Melo nos dice la frecuencia con que encuentran tuberculosis genitales por el cultivo del endometrio, aun en caso de histología negativa; nos refiere sus trabajos sobre «macrohisterosalpingografía», técnica original que proporciona un notable aumento de las imágenes, y consiguientemente muchos más detalles que la histerosalpingografía corriente; me explicó su entusiasmo por el injerto de piel en la cirugía de las grandes eventraciones, método muy interesante y del que quedé muy convencido; pude ver un caso de injerto de amnios en vagina perfectamente cicatrizado; y durante el Congreso nuestro infatigable amigo nos proyectó tres películas por él realizadas con las técnicas de la «histerectomía vaginal o colpohisterectomía de Rouhier» en

el prolapso urogenital; la «marsupialización de la glándula de Bartolino con técnica de Jacobson modificada», y «el injerto endocavitario uterino con trompa» por técnica modificada de Strassman para casos de endometrio atrófico; todo ello indica un buen modo de trabajar y una inquietud científica de valor.

Y una vez más volvamos al famoso *Instituto Portugués de Oncología*, esa formidable institución comparable a las mejores del mundo, en la que siempre hay algo que aprender. Me interesó mucho la conversación con la doctora Ivone Silva Santos, Jefe del Servicio de profilaxis del cáncer genital femenino, quien me dice



CONJUNTO DE PABEELLONES QUE CONSTITUYEN EL INSTITUTO PORTUGUÉS DE ONCOLOGÍA, DE LISBOA.

que «el depistaje» les da un resultado de cánceres asintomáticos descubiertos de 1'5 por % y un 7 % de lesiones precancerosas; en cuello operan los grados 0 y 1, siempre con röntgenoterapia pre y postoperatoria; en cuerpo, cirugía (con parametrios libres), y después rayos X; rádium eventualmente; en mama practican el estudio diagnóstico por citología de secreción y biopsia preoperatoria, nunca esperan días entre la biopsia y la operación; irradiación pre y postoperatoria. Me hace la observación de que nunca han visto curarse las metástasis ganglionares por radioterapia; se cura la lesión de mama, pero los ganglios persisten. La experiencia del Servicio es muy grande, en tres años se han tratado 4.000 enfermas ginecológicas y de mama.

El Instituto tiene varios pabellones independientes para tratamientos de cobalto, rádium, cirugía, isótopos, etc. Existe una consulta general de clasificación previa que permite eliminar casos improcedentes y orientar a las enfermas al servicio adecuado, lo que facilita el trabajo y evita pérdida de tiempo. El diagnóstico citológico, colposcópico e histológico son sistemáticos. La afluencia de pacientes al Instituto es impresionante; basta contemplar las salas de espera repletas y el incesante movimiento que allí existe, un promedio de 400 enfermos (de todo orden) por día, y de ellos unas 75 son ginecológicas.

La organización es muy buena, y el visitante que desconoce el Centro se encuentra con un Servicio de «relaciones exteriores» que le acompañan en la visita, si esta es episódica, o le pone en contacto con el Servicio que concretamente le interesa.

Su capacidad de hospitalización es de 650 enfermos, y está dotado de todos los medios de exploración y tratamiento de actualidad, disponiendo de un total de diez gramos de rádium; el Centro depende, por su carácter docente, del Ministerio de Educación, y sigue bajo la alta dirección del ilustre profesor Gentil, que a sus 82 años todavía continúa acudiendo al Instituto del que fue el verdadero creador.

Dentro del Instituto de Oncología funciona la dirección de la *Lucha Anticancerosa*, si bien esta lucha es totalmente independiente del Estado, y su función, eminentemente social, de propaganda y de colaboración con el Instituto; de ella nos informó amablemente su Secretario General profesor Bernard-Guedes.

El Instituto de Oncología Portugués proyecta la creación, ya en curso, de Centros Regionales en Porto, Coimbra, Portimao y Evora, lo que hará una lucha anticancerosa eficiente en el país.

El volumen de trabajo de este gran Centro Cancerológico, en el que además de la asistencia clínica se realiza una importante labor de investigación, se desprende de las estadísticas últimas (1957), en la que figuran inscritos en observación y control un total de 79.722 enfermos (21.525 varones y 58.197 mujeres), estando en tratamiento 22.509. Son tratados allí enfermos de todas las especialidades, destacando los casos ginecológicos y de mama con las cifras de 5.388 y 3.237, respectivamente, con 17.102 y 5.891 en observación, figurando 718 enfermas hospitalizadas, y una tasa de mortalidad de 4'5.

En Portugal el «Seguro de Enfermedad» no constituye todavía ningún problema para la clase médica que sigue trabajando en régimen de libre ejercicio profesional, y en todas las ciudades se ven anunciados grupos médicos, pero no constituyendo sociedades de seguro libre, sino sencillamente cuadros policlínicos de ejercicio privado que con facilidades para el enfermo permite un trabajo en equipo. En este país la legislación social está todavía poco desarrollada.

Y como no todo va a ser medicina, hay que dedicar en Lisboa un recuerdo a la bellísima Torre de Belén, siglo XVI, castillo avanzado de Lisboa ante el mar, porque el mar es el camino de todas las aventuras portuguesas singularizadas en aquel Infante, D. Enrique El Navegador, y en Vasco de Gama. Y cerca de este hermoso castillo, el formidable Monasterio de los Hieronymitas, con las tumbas de Camöens y de Vasco de Gama. Un recuerdo también a la Plaza del Rossio, grandiosa, y si se quiere un poco provinciana, quizá en esto radique su mayor encanto, y que es el centro de la ciudad. Y al pequeño, pero curioso Museo de Arte Antiguo. Y saliendo de Lisboa, a pocos kilómetros, lo que permite ir cada día a comer frente al mar, a su «costa del sol», las bonitas playas de Estoril, Cascaes, Carcavelos y Parede; y poco más allá, Guincho, con sus viveros de langostas y sus restaurantes al borde del agua; y la maravillosa vista de la Boca del Infierno; y... siempre bordeando el mar, el «Cabo Roca», el lugar más occidental de la península, y allí, ante la inmensidad del océano, una cruz indica que «acaba la tierra y empieza el mar»; ese mar inmenso y misterioso en el que se encuentran los continentes, las razas y las civilizaciones; ese mar que fue surcado, meditado y cantado por conquistadores, guerreros y poetas, en un eterno diálogo entre el mar y el espíritu, y que sin valorarlo a través de la historia es imposible comprender a Portugal.

Dirección: Mayor, número 33, 2.º. Palencia.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960

CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DE ESTRASBURGO
Director: Dr. E. STULZ

RUPTURAS TRAUMÁTICAS DEL DUODENO

POR LOS DOCTORES

E. STULZ e I. KEMPF

STRASBOURG (FRANCIA)

La ruptura del duodeno provocada por un traumatismo abdominal es una lesión que se presenta con muy escasa frecuencia. Un caso reciente, seguido de fístula duodenal, nos ha incitado a hacer una revisión del problema.

En la tarde del 11 de junio de 1958 ingresó en nuestra clínica un joven de veinte años, víctima de un accidente de circulación ocurrido pocos momentos antes. Cuando el accidentado iba en bicicleta, fue atropellado por un motociclista, que lo lanzó a un foso de tres o cuatro metros de profundidad.

Fuertemente conmocionado en el momento del accidente, recobró el conocimiento durante su traslado al hospital. A su llegada presentaba: un estado de conmoción cerebral, una herida contusa del cuero cabelludo, sin fractura de cráneo ni complicaciones neurológicas; signos de contusión difusa del flanco derecho del tronco, especialmente en la región inferior del tórax y región lumboabdominal. Pulsaciones, 72 por minuto; tensión arterial, 12'5 - 8. En la radiografía, ausencia de signos de lesión costal o vertebral y ausencia de signos de lesión intraperitoneal. Una hematuria microscópica atestiguaba una contusión renal.

El enfermo pasó una noche agitada, quejándose de fuertes dolores lumboabdominales, que son atribuídos al hematoma retroperitoneal.

En la mañana del 12, el cuadro clínico cambió de aspecto: vómitos, vivos dolores de las regiones inguinocrural y fosa ilíaca derechas, que son dolorosas a la palpación y en las que se nota un ligero empastamiento y una cierta tensión. La movilización de la articulación coxofemoral derecha despierta vivos dolores, lo que nos hace pensar que una fractura en esta región ha podido pasar desapercibida en los servicios de urgencia. Las radiografías revelan, en efecto, una fractura del fondo de la cavidad cotiloidea con irradiación hacia la articulación sacroilíaca derecha. Los dolores iliocrurales parecen explicarse, y los vómitos y la paresia intestinal son atribuídos al hematoma retroperitoneal.

Tratamiento sintomático: bolsa de hielo, antiálgicos, antibióticos, inmovilización provisional del miembro inferior derecho entre dos sacos de arena, en espera de que la situación se normalice para aplicar una tracción continua. Hacia mediodía, una agravación del estado general hace renacer nuestras sospechas. La temperatura sube a 39°; pulso, a 100; un nuevo vómito, facies peritoneal; leucocitosis a 15.500; hemoglobina, 88 por ciento; hematíes, 4.380.000. En estas circunstancias volvemos a pensar en la posibilidad de una lesión intraperitoneal de la región iliocrural, y el enfermo es reexaminado cada hora. A las cuatro de la tarde, la peritonitis es indudable; defensa parietal generalizada, el dolor a la palpación remonta a las regiones umbilical e hipogástrica. El empastamiento de la región ilíaca también ha aumentado. Todo ello nos hace pensar en una ruptura retroperitonieal del colon derecho, y nos decidimos a intervenir a través de una incisión anterolateral tipo Mac Burney agrandada.

El resumen de la operación es el siguiente:

«Contusión abdominal y lumbar derechas, con signos de peritonitis secundaria. Incisión de Mac Burney muy agrandada, como para una simpatectomía lumbar baja. Al hacer la incisión

de la pared, aparece una infiltración blancoamarillenta de los músculos y del tejido celular, que se extiende ampliamente por fuera del peritoneo parietal hacia la pelvis y la cúpula vesical. La cavidad peritoneal contiene un líquido oscuro en el que abundan los coágulos de fibrina. El infiltrado, que al principio parecía de origen vesical, parece venir de la región retroperitoneal. Después de proteger la gran cavidad peritoneal, se procede a una disección colo-parietal hacia arriba y adentro; a medida que avanza la disección cambian los caracteres del infiltrado, que adquiere una coloración verduzca. En la proximidad del duodeno, aparecen en el infiltrado algunas burbujas de gas; se prosigue la disección en esta dirección, lo que nos permite descubrir dos amplias heridas sobre la cara anterior de la segunda porción del duodeno. Estas heridas son casi paralelas, de una longitud de dos a dos centímetros y medio, orientadas oblicuamente de arriba abajo y de dentro a fuera y separadas por un puente de centímetro y medio de anchura. La mucosa duodenal está fuertemente invertida y forma dos orificios, a través de los cuales sale en abundancia el contenido duodenal. No hay signos de lesión de órganos retroperitoneales. Después de haber abandonado la idea de resecar el puente, lo que habría provocado la formación de una brecha enorme, se procede a la sutura en dos planos de ambas heridas; esta sutura es muy precaria debido al mal estado de los tejidos y del puente intermedio, que se ha estrechado enormemente. La sutura se completa por una movilización en masa del gran epiplón, que es adosado a la región. Drenaje a través de la incisión y de una contraincisión lumbar, sin dejar ninguno de los drenajes en contacto directo con las suturas.

Durante los días que siguen, la evolución es excelente. La herida operatoria y los drenajes están secos. Emisión de gases al segundo día, y de heces al tercero. La aspiración discontinua del estómago parece proteger eficazmente las suturas, y autorizamos progresivamente la toma de tisanas y de alimentos exclusivamente líquidos. El 17 de junio aparece una supuración parietal que no nos sorprende mucho. El 18, es decir, el sexto día de la operación, el estado del enfermo es excelente, y nuestro optimismo, tal vez excesivo, nos incita a suprimir la sonda gastroduodenal. Sin embargo, seguimos tomando toda clase de precauciones en cuanto se refiere a la alimentación.

El 19 por la mañana, y cuando creíamos ganada la partida, se constituye una fístula a través de la cual se eliminan los alimentos que el enfermo ha tomado. Una prueba al azul de metileno viene a confirmar un diagnóstico clínico evidente. Se aplica inmediatamente una aspiración sobre los drenajes y se introduce una sonda de Wangensteen por vía nasofaríngea, que por la tarde se encuentra en la primer asa yeyunal, la cual permitirá practicar una aspiración discontinua y la alimentación por «dreep feeding». Dieta completa. Rehidratación por vía venosa: proteolizados, sueros fisiológicos, glucosado y bicarbonatado. El enfermo es acostado sobre el lado izquierdo para facilitar el paso del contenido duodenal hacia el yeyuno.

A pesar de todo ello, la situación se agrava en los días que siguen; el enfermo está inundado continuamente por el líquido duodenal, que irrita la piel y que una pomada de óxido de cinc sólo protege en parte. El equilibrio biológico se altera; el 20, las proteínas están a 54 gramos/litro; la reserva alcalina, a 42'8, y la presión osmótica, a 276 milm.

El problema de la alimentación, ya en sí arduo, se complica más con el «dreep feeding». Después de no haber tenido ninguna dificultad durante los dos primeros días, las ocasiona a partir del 21. Después de cada introducción de la mezcla alimenticia (compuesta de leche, nata, caldo de legumbres, huevo batido y productos dietéticos), aparece, dos o tres minutos más tarde, un verdadero «dumping» con malestar, sudoración y estado sincopal, en ocasiones de una intensidad tal que nos hace temer un desenlace fatal. Estos fenómenos de «dumping» continúan a pesar de la introducción de los alimentos gota a gota y de instilaciones previas de xilocaína al 2 por ciento. Sólo desaparecerán dos días después, al introducir la sonda 10 ó 15 centímetros más.

El día 24 son introducidos en la fístula varios grandes fragmentos de placenta, obtenida estérilmente unas horas antes en el Servicio de Obstetricia. A pesar de ello, la cantidad de líquido que se pierde a través de la fístula, que es de dos litros y medio al día, no disminuye. Estas pérdidas son compensadas de forma rigurosa por vía venosa y a través de la sonda yeyunal, con lo que conseguimos mantener al enfermo en equilibrio, aunque precario.

Hasta el día 26 habíamos permitido la administración de pequeñas cantidades de líquidos por la boca, con el fin de atenuar el malestar creado por la sonda y teniendo en cuenta que aplicábamos una aspiración discontinua entre las comidas. Obedeciendo, tal vez erróneamente, a las mismas consideraciones, la atropina fue administrada hasta ese día en dosis muy bajas para no desecar demasiado las mucosas. Para corregir esta actitud poco rigurosa, a partir del día 26 suprimimos la administración de líquidos por vía bucal y dimos un cuarto de miligramo de atropina cada tres horas, y quince unidades de insulina al día, para frenar la secreción pancreática. La necesidad de una yeyunostomía, que nos facilitaría la tarea de la alimentación, parecía imponerse.

El 27 de junio, las pérdidas a través de la fístula empiezan a disminuir. El 28, la yeyunostomía prevista es aplazada, pues la fístula parece seca, y nos contentamos con una nueva introducción de placenta. Los análisis de laboratorio de ese día son normales. A pesar de ello, y acordándonos de nuestro primer error, esperamos hasta el día 30 antes de afirmar el cierre definitivo de la fístula, que se confirmó por dos pruebas al azul de metileno.

El día 1 de julio retiramos los drenajes; al día siguiente se reanuda la alimentación «per os», sin retirar la sonda yeyunal hasta el día 4. Mantuvimos una alimentación exclusivamente líquida durante quince días, al final de los cuales se empezó a administrar progresivamente alimentos sólidos.

El enfermo salió del hospital el 1 de agosto, en excelente estado. Un examen radiológico mostró un tránsito duodenal normal, sin señales de estenosis. La fractura de la cavidad cotiloidea consolidó sin secuelas.

Hemos vuelto a ver al enfermo en febrero de 1959; su estado general es bueno y no presenta ningún trastorno de origen digestivo. El 1 de marzo fue operado de una eventración de la cicatriz de laparotomía.

Las rupturas traumáticas del duodeno representan alrededor del 10 por ciento de las lesiones traumáticas del intestino, y constituyen un importante capítulo de la traumatología en razón de las relaciones de situación de este segmento intestinal.

El duodeno, situado en su mayor parte sobre las regiones anterior y lateral de la columna vertebral y por delante de las apófisis transversas, está muy bien protegido contra los traumatismos posteriores; pero, a pesar de su situación profunda, está muy expuesto a los traumatismos compresivos anteriores, directos o tangenciales, pues no puede escapar a la acción de la fuerza vulnerante. Por otro lado, la movilidad del estómago y del intestino delgado aumenta la proporción de traumatismos duodenales, pues al ser arrastrados estos elementos por un traumatismo tangencial pueden provocar desgarros de la región pilórica y del ángulo duodenoyeyunal. Las lesiones duodenales pueden producirse también por estallido o aplastamiento; esta última posibilidad afecta especialmente a la tercera porción, debido a su posición netamente prevertebral. El estallido es debido al brusco aumento de la presión intraduodenal, cuyos extremos están cerrados por el píloro y el ángulo duodenoyeyunal. Cualquiera que sea el mecanismo, estas lesiones son siempre consecuencia de traumatismos muy violentos: choques, atropellos, coces, caídas desde gran altura, etc. Pueden presentarse a todas las edades, y se producen fácilmente cuando el segmento gastroduodenal está lleno.

Estas rupturas pueden ser incompletas, respetando una de las túnicas del intestino; pero son más frecuentes las rupturas completas, parciales o totales, según afecten a una parte o a la totalidad de la circunferencia. Debido a la situación especial del duodeno, estas rupturas pueden ser intraperitoneales, con un cuadro clínico como el de cualquier otra ruptura de órgano hueco en la cavidad peritoneal libre, o extraperitoneales. En este último caso, el contenido duodenal se vierte en la región retroperitoneal distendiéndola, pasa al mesocolon, mesenterio y, siguiendo los espacios prevertebrales y región parietocólica, llegan a la pelvis y a la fosa ilíaca derecha. El líquido de infiltración es una mezcla de bilis, jugo pancreático, gases, sangre y alimentos.

No nos extenderemos en la clínica de las rupturas intraperitoneales. Su sintomatología es la misma que la de cualquier otra ruptura intestinal; pero la peritonitis puede aparecer de una forma insidiosa, en cuyo caso es muy tóxica y peligrosa. Las rupturas extraperitoneales son muy difíciles de diagnosticar, y pueden evolucionar, como lo prueba nuestro caso, con un verdadero intervalo libre.

La radiografía puede proporcionar datos interesantes, pues los líquidos y gases retroperitoneales dan una imagen característica de enfisema retroperitoneal (KOENIG

y CULVER). Pero hace falta haber pensado en esta eventualidad para poder interpretar la imagen. En nuestro caso, la radiografía, sin contraste del abdomen, presenta clara y evidente una amplia imagen de enfisema retroperitoneal sobre las zonas renales e ilioinguinales; pero su significación sólo se nos reveló después de la operación, teniendo en cuenta, además, que la fractura de la pelvis había polarizado completamente nuestra atención.

El diagnóstico exacto se consigue muy raras veces, pues «sólo hay síntomas de intervención, pulso y contractura, que son comunes a todas las lesiones del abdomen» (COURTOIS).

La evolución, en el caso de no operar, es casi siempre mortal y casi siempre de desenlace muy rápido por peritonitis generalizada, en ocasiones debida a la formación de abscesos, flemones y fístulas que provocan una rápida desnutrición. Sólo algunos casos de ruptura parcial pueden cicatrizar espontáneamente cuando no se produce una caída de la escara secundaria. La operación permite reducir el porcentaje de muertes, pero en escasa proporción, pues, a pesar de ella, hasta 1940 había un 80 por ciento de muertes. A partir de esta fecha, la cifra ha disminuído al 50 por ciento.

El tratamiento quirúrgico está lleno de dificultades, principalmente porque no se piensa en esta posibilidad, y la ruptura puede pasar desapercibida, excepto en los casos de ruptura intraperitoneal. Para diagnosticar las rupturas extraperitoneales hay que elevar el mesocolon y explorar la región mesentérica a la busca de un enfisema extraperitoneal y de la clásica mancha verde de Winiwarter, debida a la presencia de bilis. Se abre el peritoneo posterior, y en los casos en que la ruptura está situada en la cara posterior, hay que proceder a un despegamiento coloduodenopancreático. La sola búsqueda de la lesión puede presentar serias dificultades. La cura operatoria de las lesiones también las presenta: en profundidad, sobre tejidos contusos e infiltrado de líquidos y gases intestinales, y en una zona que carece de cobertura peritoneal protectriz. Debe intentarse la sutura siempre que la dimisión de la brecha lo permita. Se hará con material inabsorbible y, si es posible, en dos planos y en sentido transversal para evitar las estenosis secundarias. La sutura se completará con una epiploplastia. Cuando la ruptura es muy grande o total, el tratamiento es aun más complicado. En estos casos es necesaria una sutura término-terminal, que siempre será precaria y cuyo buen resultado es excepcional; o bien cierre del orificio proximal y anastómosis del distal al estómago; o bien cierre de los dos orificios, seguido de gastroenterostomía y duodenoyeyunostomía sobre el segmento superior. Estas anastómosis pueden reunirse en una sola, dando una gastro-duodeno-yeyunostomía (proposición teórica).

Una última posibilidad es que la ruptura alcance la ampolla de Vater. En este caso es preciso, en la medida de lo posible, hacer una reimplantación de la misma en un asa yeyunal.

Todas estas tentativas quirúrgicas terminan muy a menudo en un fracaso. Los escasos éxitos obtenidos son casi siempre incompletos, debido a la aparición de fístulas duodenales de pronóstico grave. Estas fístulas necesitan un tratamiento médico y quirúrgico. El tratamiento médico tiende a hacer diminuir las secreciones digestivas con la administración de atropina e insulina en grandes dosis; la aspiración de la fístula, sonda duodenoyeyunal a través de la cual se hará una aspiración correcta y que además será empleada para alimentar al enfermo. Es de primordial importancia mantener al enfermo en un equilibrio biológico, para lo cual deben compensarse las pérdidas masivas de líquidos, basándonos en los datos de laboratorio.

El tratamiento quirúrgico de las fístulas debe ser, en primer lugar, preventivo: no colocar ni mechas ni drenajes en contacto directo con las suturas. El curativo es muy difícil, pues toda reintervención será laboriosa y peligrosa, sobre todo en estos sujetos que ya están muy debilitados. La gastroenterostomía es insuficiente, pues no excluye el duodeno, cosa que sólo puede conseguirse haciendo una exclusión pilórica, con los riesgos consiguientes de úlcera péptica. La gasroenterostomía combinada con una duodenoyeyunostomía a distancia de la fístula es una operación satisfactoria desde el punto de vista teórico, pero de difícil realización. «La simple yeyunostomía es, sin lugar a dudas, la mejor solución quirúrgica» (QUENU), pues deja la región gastroduodenal en reposo absoluto y permite una alimentación fácil, y a través de ella pueden reintroducirse los fermentos digestivos retirados por la aspiración. En algunos casos, que teóricamente podrían vivir después de una ruptura circular total seguida de fistulización, se podría intentar, como último recurso y excepcionalmente, una duodenectomía total y hasta una duodenopancreatectomía. Incluso en la era de la cirugía y de la reanimación modernas, es forzoso aceptar que tales procedimientos representan la muerte del enfermo con una certeza casi absoluta.

A la luz de este breve estudio sobre las rupturas del duodeno, el caso que presentamos, que es el primero observado en el Centro de Traumatología, requiere algunos comentarios.

Los datos que hemos podido recoger sobre las circunstancias del accidente son muy escasos, debido a que el enfermo perdió el conocimiento en el momento de producirse. La situación y características de las lesiones nos hacen pensar en una ruptura por estallido.

Desde el punto de vista clínico, el hecho de un diagnóstico incierto (ruptura del colon) es banal y no merece comentarios. Es mucho más interesante el error a que nos indujeron la coexistencia de una contusión renal y, sobre todo, la de una fractura de la cavidad cotiloidea con irradiación hacia la articulación sacroilíaca. Esto es un ejemplo típico de un problema que se presenta con mucha frecuencia en traumatología; el de la multiplicidad de las lesiones presentadas por un mismo accidentado, lo cual falsea los datos clínicos e induce en ocasiones a hacer un diagnóstico erróneo o incompleto.

En lo que se refiere al tratamiento quirúrgico, durante la operación se pensó en la posibilidad de una gastroenterostomía de derivación. Esta idea fue abandonada más tarde, primero, porque la vía de acceso empleada no se prestaba fácilmente a su realización, y segundo, porque la derivación que se obtiene con una anastómosis de ese tipo nos parece muy incompleta. Más tarde, el gran problema fue el de la necesidad de una nueva operación. La yeyunostomíz, operación fácilmente realizable con anestesia local, no nos satisfacía, pues si bien aumenta considerablemente el bienestar del enfermo, no aumenta en nada las posibilidades de cicatrización de la fístula; lo lógico hubiera sido completarla con una exclusión pilórica, con una duodenoyeyunostomía o con una gastrostomía, que nos habría permitido la introducción de una sonda de aspiración en el duodeno, frente al orificio de la fístula, y eliminar así la sonda nasofaríngea, que cada vez era peor tolerada. Todas estas posibilidades hubieran necesitado maniobras complicadas, con la subsiguiente debilitación del enfermo, y sin que ninguna de ellas nos diera una completa garantía de curación.

Esta reintervención fue aplazada cuando el enfermo, ya premedicado, se encontraba en el quirófano. Los hechos vinieron a demostrar que esta actitud fue la buena,

lo que prueba que muy a menudo, en cirugía, lo difícil es saber cuándo no se debe operar.

RESUMEN

Se refiere detalladamente la observación de un caso de ruptura duodenal consecutiva a un traumatismo, que en un accidentado postoperatorio hizo una fístula, que curó después sin manifestaciones de estenosis y dejando un tránsito duodenal normal.

Se hace un estudio de estas rupturas ---que se ven con escasa frecuencia y representan un diez por ciento de las lesiones traumáticas del intestino---, analizando sus manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. BERTRAND, P., et CREYSSEL, J.—«Traité de Thérapeutique Chirurgicale», t. II, p. 2.147-2.148.
2. BIGOT, J.—«Contribution à l'étude des ruptures totales traumatiques du duodénum». Tesis Medicina, París, 1911-12.
3. CAVE, W. H.—«Duodenal injuries», *Am. J. of Surgery*, julio 1946, 72, n.º 1, 27-31.
4. COURTOIS, J.—«Rupture sous-péritonéale du duodénum». Tesis, París, 1933.
5. CLAVEL, CH.—«Stratégie et tactique en chirurgie abdominale d'urgence», p. 442-443.
6. DECOULX, P.—«Rupture traumatique rétro-péritonéale du duodénum», *Revue de Chirurgie*, 1939, t. 77, p. 274-284.
7. DELPISTOYA, Y.—«Contribution à l'étude des ruptures tranmatiques du duodénum». Tesis, Nanci, 1927.
8. DUBOUCHER, H.—«Contusions, ruptures et plaies du duodénum». 1 vol. Maratheux, Edit., París, 1926.
9. FINHORN.—«Duodenal perforation treated by duodenal (jejunal) alimentation». *J. A. M. A.*, p. 790. Chicago, 1920.
10. GUIBE.—«Les ruptures traumatiques du duodénum», *Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, sept. 1910, t. XV, p. 222.
11. KŒNIG et CULVER.—«Retroperitoneal duodenal rupture», *Radiology* (Chicago), vol. 43, número 2, febr. 47.
12. LADJEN, O. A.—«Rupture par traumatisme de la portion rétro-péritonéale du duodénum» (cuatro casos). *Acta Medica Orientalia. The Israel Medical Journal*, v. 9, n.º 10, octubre 1950, *Analyse Presse Med.*, 1952, p. 224.
13. LAMBER, M.—«Les plaies opératoires du duodénum». Tesis, Lille, 1932.
14. LOYGUE, J. L.—«Contribution à l'étude des fistules diodénales après gastrectomie pour ulcère». Teesis, París, 1946.
15. MAURIN, P.—«La rupture traumatique rétro-péritonéale du duodénum». Tesis, Montpellier, año 1953.
16. MONDOR, H.—«Diagnostics urgents. Abdomen», p. 557-558. Masson et Cie., París, 1947.
17. QUENU.—«Traité de technique chirurgicale», t. VI, p. 698-700 et 1.127-1.129.
18. SYDNER.—«Fistules traumatiques du duodénum». *Surgery*, nov. 1945, vol. 18, n.º 5, p. 562.
19. WINNIWARTER.—«Zwei Fälle von Duodenalverletzungen». *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, p. 582-603. 1912.

Dirección: Clinique de Traumatologie. Strasbourg (France).

Traducción directa del original francés, expresamente destinado a esta revista, por el doctor GONZALO VIVAR, residente en la Clínica.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960

CUESTIONES Y PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA FUNCIONAL DE OÍDO

POR EL

DR. JOSÉ R. MOZOTA SAGARDÍA

OTORRINOLARINGÓLOGO DE SANIDAD NACIONAL Y SANIDAD MILITAR
MÉDICO DIRECTOR DEL BALNEARIO DE LIÉRGANES

SANTANDER

Conforme se ha ido ampliando el cuadro de la cirugía funcional del oído, aumentando las indicaciones, aumentando el número de afecciones de oído susceptibles de recuperaciones funcionales, con restauraciones anatómicas y suplencias, perfeccionando técnicas y surgiendo otras nuevas, se han planteado cuestiones, unas veces por los estudios estadísticos, otras con la vigilancia sistemática de los enfermos intervenidos en el transcurso de los años después de las operaciones, estudios audiométricos liminares y supraliminares; otras veces, al estudiar las causas de los casos que no obtuvieron la ganancia esperada en su audición, o que padecieron pérdida mayor de la misma, y que aunque son menos los casos cada vez, y estadísticamente menos que los que cualquier otra cirugía funcional de cualquier otra especialidad tiene, son susceptibles de disminuir aún.

CIRUGÍA DE LAS OTOESCLEROSIS

Dos tipos de intervenciones se practican para recuperar socialmente a los pacientes de otoesclerosis:

a) Las que actúan sobre el conducto semicircular externo, creando unas nuevas condiciones tímpanoosiculares, modificaciones de lo que SOURDILLE llamó timpanolaberintopexia.

b) Las que actúan directamente sobre el estribo, platina y ventana oval, modificando más o menos la transmisión, pero manteniendo en líneas generales los medios tímpanoosiculares transmisores y protectores del sonido hacia la cóclea.

a) *Fenestración.*—Deja de lado el foco de enfermedad otoespongiosa, en la platina del estribo y ventana oval; abre una nueva vía al sonido, deja una caja delante de la ventana redonda, para que haya diferencia de fase de llegada a la perilinfa, de la onda sonora; la nueva fenestra se practica en una zona bien estudiada, donde difícilmente llegan los procesos osteogenéticos y otoesclerosos.

Deja sin protección y sin acomodación al oído interno, ya que la cadena osicular no funciona, ni los músculos del martillo y del estribo. Solamente la trompa de Eustaquio puede hacer que el volumen de aire de la nueva caja sea mayor

o menor; por eso es muy frecuente en los fenestrados verles hacer movimientos de maxilar inferior y movimientos deglutorios continuos, siendo verdaderos técnicos en practicar el Valsalva.

Hay diversas técnicas: desde hacer la intervención en una vez o en varias veces; llegar al conducto semicircular por vía retroauricular, preauricular, endoaural o pre-endo-aural; emplear colgajo tímpano meatal o colgajo libre; suprimir solamente la cabeza del martillo o éste y el yunque, o dejar toda la caja como está, sin despegar tímpano, y una vez abierto conducto semicircular, aplicar colgajo libre; llegar al conducto semicircular abriendo toda la parte anterior de mastoides, antro y aditus y ático, o solamente aditus y ático; emplear fresa para toda intervención, o solamente para abrir el conducto semicircular; en fin, todas las variantes más adecuadas a la costumbre y habilidad del cofocirujano.

Pero en todas ellas se precisa fundamentalmente: empleo de medios de iluminación intensa y en foco; medios de visión amplificada; empleo de irrigación y aspiración, pues sigue siendo regla fundamental la evitación del papel osteogenético del polvillo óseo, la evitación de la laberintitis fibrosa que origina la entrada de sangre en espacios laberínticos. El empleo, en el curso postoperatorio, de antibióticos y de derivados córticosteroides para inhibir la fibrosis, que fue empleado por vez primera en estas intervenciones por mí y comunicado a Congresos nacionales e internacionales y hoy aceptado y empleado por todos los buenos cofocirujanos, son reglas generales; la anestesia, con empleo de hipotensores regulables, los antihistamínicos con acción sobre el laberinto, completan los medios a nuestra disposición para aplicar con la cirugía de fenestración en el tratamiento de la otoesclerosis.

Los resultados funcionales dependen del estado de la cóclea, nervio acústico, vías y centros, en primer lugar; con un mal estado de ellos, una nueva vía abierta al sonido no podrá servir al paciente si tiene una lesión de las células neuroepiteliales, o de vías acústicas nerviosas. Con arreglo al grado de anquilosis y, por tanto, de impedimento a la llegada de las ondas sonoras a cóclea, y la reserva coclear, se clasifican los enfermos de otoesclerosis en tres grupos: unos, llamados del grupo A, con una buena reserva coclear para las frecuencias de la palabra humana, o conversacionales, que abarcan tres octavas de sonidos comprendidos entre el tono 500 ciclos por segundo y 2.000 ciclos por segundo; se admite que la reserva de la función coclear es buena cuando la transmisión por vía ósea tiene un umbral mínimo de audición de 30 decibelios; es decir, oyen estas frecuencias conversacionales con una intensidad del sonido de 30 decibelios, o menos; se mira también las frecuencias 3.000 y 4.000 ciclos por segundo, así como las de 125 y 250 ciclos por segundo.

La audición ósea tiene una pérdida que al comienzo es pequeña, y va progresando conforme progresa la enfermedad; por eso un caso bueno, sin tratamiento, va transformándose en los otros casos que luego diremos. La audición por vía aérea tiene una pérdida, en los casos A, que al comienzo es mayor en los tonos graves (125, 250, 500 y 1.000 ciclos por segundo), que llega a unos 50 ó 60 decibelios de pérdida; pero conforme avanza la enfermedad, y antes de perder audición por vía ósea, llega a perder audición para los tonos por encima del tono 1.000 por vía aérea.

Estos casos de otoesclerosis clasificados como tipo A son los que recuperan más audición con fenestración, llegándose a una mejora de audición en más del 90 por ciento de casos operados, notable y permanente, que rehabilita socialmente al enfermo.

Los casos llamados del grupo B, con una audición por vía ósea para las llamadas frecuencias conversacionales de 30 decibelios, pero en que una de ellas pasa de esos 30 decibelios de pérdida, la recuperación da menos porcentaje de enfermos que se pueden servir bien, después de operados, sin prótesis, alcanzando un 70 por ciento de casos con buena audición. Los llamados casos C, con mala reserva coclear, alcanzan en las mejores manos unos resultados del 10 por ciento de enfermos operados con buenos resultados postoperatorios.

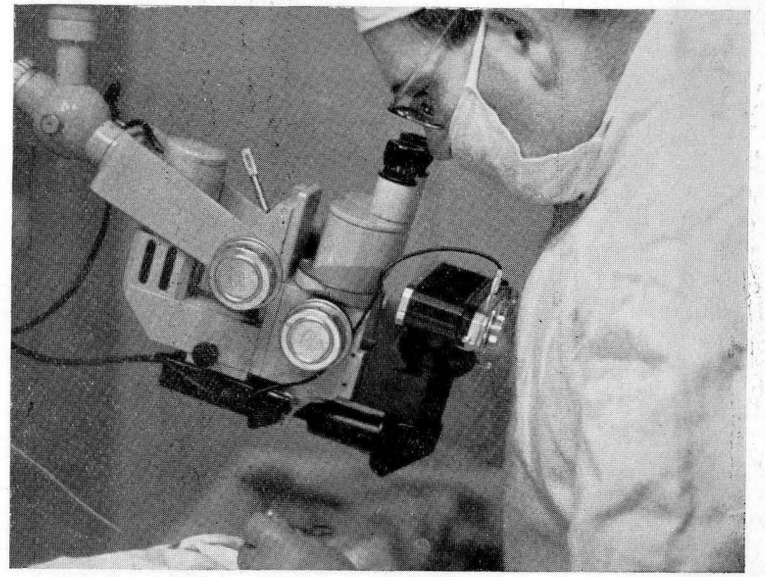


FIG. 1.—USO DEL MICROSCOPIO OTOLÓGICO «ZEISS», EN UNA MOVILIZACIÓN DE OÍDO, CON LA MÁQUINA FOTOGRÁFICA Y FLASH ACOPLADOS, QUE NOS PROPORCIONARÁ INTERESANTE DOCUMENTACIÓN GRÁFICA.

Hay también una limitación manifiesta impuesta por la edad, pues pasando los 55 años, aun con buenas reservas cocleares, no ganan audición; asimismo es preciso estudio completo de todo lo referente a problemas hemáticos, de crasis sanguínea y estado general.

He tenido un paciente, hace ocho años, que creyeron curado de ulcus gástrico, teniendo una abundantísima hematemesis, cuando por unas sensaciones vertiginosas se presentaron vómitos, requiriendo el enfermo practicarle unas transfusiones repetidas, recuperándose y curando, ejerciendo su empleo de músico perfectamente.

¿Recuperan una audición normal estos enfermos? Recuperan una audición que les sirve socialmente, e incluso en trabajos delicados (en músicos, confesores, etc.) es útil este tipo de intervención. Pero les falta acomodación, protección, orientación para el sonido.

Además, salvo casos inexplicables, la recuperación, al suprimir parte del oscilador normal y delicado aparato osiculotimpánico, la ganancia obtenida nunca puede ser superior a los 30 decibelios, que con tímpano y huesecillos funcionando normalmente, se ganan.

Es fundamental para toda esta clase de cirugía que el enfermo lo sea de los dos oídos, pues con una audición muy buena en un oído y mala en otro, a pesar de unos buenos resultados, no cree el paciente que oye como él esperaba, pues nunca es audición normal la conseguida con fenestración, ni nunca superior a la audición por vía ósea.

Los casos que no ganan audición, ese 10 por ciento de los casos A, 30 por ciento de casos B y 90 por ciento de casos C, unos siguen con la misma sordera y en otros se agrava, si no de momento, a la larga; pero vigilando la audición, antes de agravarse, apreciamos una progresiva caída de la audición de los tonos por encima del tono 3.000, por vía ósea y aérea.

En los casos que ganan, la enfermedad cura en algunos. No es de extrañar, ya que la fenestra se hizo en la zona que no hay o no se ha encontrado foco de otoesclerosis; pero a veces mejora también el otro oído, sin alcanzar el nivel auditivo del oído operado.

Los tratamientos antihistamínicos y hormonales de preparados derivados de la cortisona, suprimen o disminuyen los vértigos.

En más del 65 por ciento de los enfermos con otoesclerosis, operados de fenestración, que han recuperado audición, desaparecieron los molestos acúfenos. Hay una cuarta parte de casos que al hacer audiometría han recuperado 10 decibelios en las frecuencias conversacionales, oyendo, sin embargo, perfectamente la voz humana. En estos enfermos siempre encontramos el llamado «recruiment» o fenómeno de recuperación.

A veces, enfermos nuestros han tardado en recobrar audición hasta nueve meses después de la intervención.

b) *Cirugía de estribo, platina y ventana oval.*—Actuar sobre el foco de anquilosis estapedovestibular, producir microfracturas en su proximidad, teóricamente, no es lógico; sin embargo, en la práctica da resultados permanentes muchas veces, y, sobre todo, unas recuperaciones de una audición fisiológica, unas veces, y otras, una función cuando menos tan buena como las obtenidas con la fenestración; los cuidados del curso postoperatorio son mínimos; tiene un margen de seguridad amplio; las indicaciones son más amplias que las de la fenestración; se puede practicar en los casos de tipo A, de comienzo de la otoesclerosis, en casos en que, por el contrario, clínicamente se halla muy avanzada la enfermedad, con mala reserva coclear, esperando sólo una mejoría en las frecuencias 500 y 1.000 ciclos por segundo, para utilizar un aparato o servirse sin él, en la vida social, oyendo la palabra humana; en fin, permite operar enfermos de más de 55 años, con pocos trastornos.

En la gente muy joven, los resultados obtenidos con movilizaciones pueden ser muy buenos de momento, pero sufrir una regresión que precisen una nueva intervención; si tras una segunda movilización se encuentra repetido el cuadro clínico, y en la segunda intervención se encontró un foco de otoesclerosis más intenso que el anterior, a mi juicio debe irse directamente a una fenestración de conducto semicircular externo.

Los problemas que al principio se decían originados por la estrechez de algunos conductos, han sido dejados de lado, ya que las vías para llegar a la caja, despegar el tímpano y un buen margen de piel de conducto adherido a él, son las clásicas de la cirugía otológica, y si unas veces son practicadas por exigencias anatómicas de conductos auditivos estrechos, las más de las veces son utilizadas en armonía con la costumbre del cofocirujano. Pero siempre hay que resecar la

parte póstero-superior de conducto en su porción yuxtatimpánica, después de despegar la piel y el conducto; se reseca con fresa fina, para el que tiene hábito de hacerlo así; para los que emplean la gubia, dicen que el polvillo óseo estimula la fibrosis postoperatoria; los que emplean la gubia tipo Hautant, o microgubia de Barany, es el mejor instrumento, aunque los que emplean la fresa digan que es muy difícil no tener escapada en una zona tan peligrosa como la de la encrucijada de cuerda del tímpano, rama descendente del yunque, tendón del músculo del estribo, estribo, pirámide, acueducto de Falopio, ventana oval; otros emplean la cucharilla más fina de Lempert; en fin, cada uno emplea el medio que más le conviene para hacer más visible y exponer más y mejor la zona de la ventana oval. Ha de visibilizarse bien la platina, la rama posterior del estribo, la inserción de la rama posterior en la platina.

Es muy frecuente encontrar entre las lesiones una lesión de tipo atrófico de la platina; aparece como si fuese una cosa mucocartilaginosa de color azulado.

Otras veces, la platina aparece con aspecto de hueso, en vez de cartílago, con una superficie cóncava y ligera anquilosis, que puede ceder fácilmente a las maniobras movilizadoras; otras veces la vemos con una superficie engrosada, convexa, hipertrófica, difícil de movilizar, y hasta con voluminosas exóstosis, que pueden llegar a ocultar la platina, entre dos hiperóstosis voluminosas, que provienen de los bordes superior e inferior de la ventana oval.

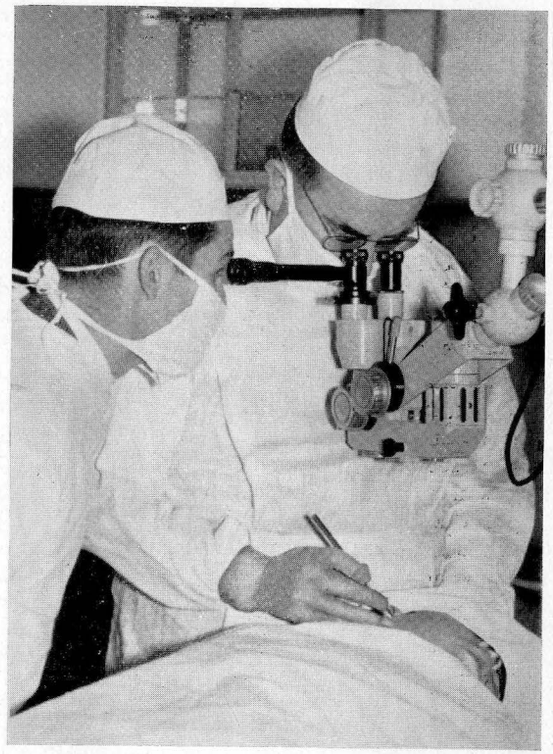


FIG. 2. — USO DEL MICROSCOPIO OTOLÓGICO DE OPERACIONES, CON EL OCULAR DE DEMOSTRACIONES SIGUIENDO LA INTERVENCIÓN UN INTERESADO EN LA COFOCIRUGÍA.

Si es más corriente la situación del foco de otoesclerosis en el polo anterior de la platina o ventana oval, en la fissula ante fenestram, para los resultados postoperatorios, se necesita una buena visibilidad del polo posterior también, viendo igualmente la situación de tal polo posterior en dicha ventana oval, para tratar de colocar el instrumento que ha de actuar sobre la platina, para movilizarla, en los casos de movilización directa de platina, que son los más. En las intervenciones en que se haya de hacer una fractura de la rama anterior del estribo, *hay que ver* la situación, fortaleza, curvatura de la rama que se ha de fracturar y la resistencia, curvatura e inserción de la rama posterior, que hemos de dejar; sólo conseguire-

mos esto con movimiento de la cabeza del paciente y movimientos del microscopio quirúrgico.

La movilización indirecta del estribo unas veces será primitiva, en casos A, con escaso foco otoescleroso; pero las más de las veces hemos de hacer de comienzo una movilización del estribo, directa, de la platina, tratando de liberar ésta, y después una movilización indirecta desde el cuello, secundaria a la liberación de la platina.

La liberación de la platina se debe hacer con punciones, con un aparato terminado en punta fina, alrededor de todo el ligamento anular, o de los ósteofitos que ocupan su lugar, sin dejar penetrar el punzón dentro del vestíbulo y debiendo ser este punzón como una fina aguja de paracentesis. Como aspirador, empleo siempre en la cirugía de ventanas una aguja de raquianestesia a la que se suprime, desgastando, la punta. Comienzo siempre, desde el polo posterior de la platina, por bajo de la inserción de la rama posterior del estribo en la platina; sigo por el borde inferior, hasta polo anterior, que tiene más dificultad; terminando por el borde superior, sin luxar la articulación incudoestapediana. Con sorpresa he visto trabajos que aconsejan luxar, separar la articulación, tratando después de unirla; si es accidente, no puede abandonarse; pero los resultados y la posible anquilosis o fibrosis y falta de funcionamiento se nota claramente en los resultados francamente peores. Es también fundamental no trabajar nunca a ciegas, en nada de lo referente a la ventana oval.

Muchas veces, en vez de obtener una platina totalmente liberada, sólo conseguimos unas fracturas de platina, pero conservando un trozo amplio, las más de las veces, junto a la rama posterior del estribo; debemos entonces, con gran cuidado, seccionar la rama anterior del estribo, y de esta manera obtenemos una función de transmisión a través del tímpano, martillo, yunque, apófisis lenticular, cabeza del estribo, cuello y rama posterior, y parte posterior de platina; el músculo del martillo y el músculo del estribo actúan y ejercen sus funciones de acomodación y protección.

¿Cómo apreciamos la movilidad conseguida? La comprobación de la movilidad de una gota de suero ante ventana redonda, transmitida exclusivamente por la perilinfa, y a ésta por los movimientos sobre el estribo, requieren en primer lugar que la gotita sea tan pequeña que sólo ocupe el nicho de la ventana redonda, muchas veces muy difícil de conseguir; segundo, la movilidad debida a presiones de los dedos de la mano es mucho mayor que la suave movilidad por las delicadas presiones del sonido. Solamente la sonda acústica, o si al paciente no se le ha dado anestesia general, la audición de la palabra humana, comprobada en la mesa de operaciones, es único dato efectivo de la recuperación funcional.

La llamada fenestración de la platina tiene los peligros de la fenestración de conducto semicircular; tienen nistagmus, vértigos; no ganan más que los fenestrados; se precisa rehacer un nuevo mecanismo de transmisión; si se trata de hacer una pequeña caja y supresión de cadena osicular, nunca ganan lo que con una fenestración clásica, y además presentan siempre una caída a partir del tono 4.000 ciclos por segundo, que demuestran una afección laberíntica, aunque ganan siempreen los tonos 250, 500, 1.000 y 2.000. En uno de mis enfermos se presentó a los ocho meses un claro colesteatoma en la zona del injerto aplicado sobre la fenestra practicada en la platina del estribo, ante la imposibilidad de movilizarla.

En una enferma fenestrada de ambos oídos, hace cinco años, el oído izquierdo, al año y medio, dejó de oír; a los cinco años de la fenestración le hice una

movilización directa de la platina del estribo, columelizando el estribo, seccionando el tendón del citado músculo, y en la actualidad se halla oyendo con 35 decibelios el tono 500, con 30 decibelios el tono 1.000 c. p. s., y con 35 decibelios el tono 2.000 c. p. s. La audición en el oído derecho conserva la ganancia obtenida con la fenestración que se le practicó. Hemos observado casos con caídas notables para el tono 1.000 ciclos por segundo, con buena reserva coclear, encontrando siempre lesiones articulares notables con relación al yunque (de la rama corta en editus, de apófisis lenticular y cabeza de estribo, etc.).

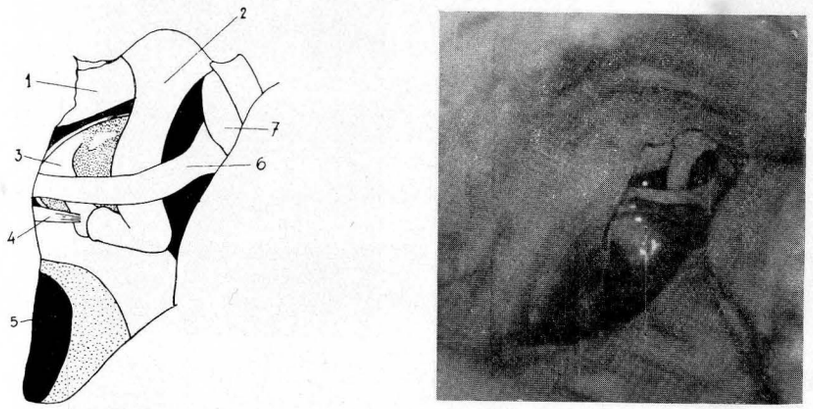


FIG. 3.—N.º 1: ACUEDUCTO DE FALOPIO. N.º 2: RAMA DESCENDENTE DEL YUNQUE. N.º 3: RAMA POSTERIOR DEL ESTRIBO Y PLATINA. N.º 4: TENDÓN MÚSCULO DEL ESTRIBO. N.º 5: VENTANA REDONDA. N.º 6: CUERDA TÍMPANO. N.º 7: MARTILLO.

También hemos visto (en enfermos ya operados de movilización, con mala audición con el tono 750 c. p. s. y el 1.000 c. p. s.) lesiones con relación al yunque; no sabemos si estas lesiones las presentaban antes o fueron causadas involuntariamente al ser intervenidos, sin ser advertido el paciente por el cofocirujano. Al revisar la caja nos encontramos estas lesiones con desarticulación del yunque y estribo, luxaciones del yunque con suelo de aditus, o lesiones articulares íncudomaleolares. A mi juicio, debe tratarse con sumo cuidado el yunque, ya que cualquier intento sobre él repercute en la articulación íncudomaleolar, íncudoestapediana o de la rama corta de yunque en aditus.

Vale más en este caso suprimir el yunque e ir a una columelización o suprimir las ramas del estribo y aplicar sobre la platina polifracturada, previo reavivamiento de bordes de nicho de ventana oval, de un colgajo tímpanomeatal.

Hemos practicado en ocho casos la supresión total del estribo, preconizada ante el fracaso de movilización por GUILLÓN, y hemos obtenido en cuatro casos una rehabilitación con recuperación de audición para las frecuencias conversacionales, con un audiograma tonal liminar de 40 decibelios para dichas frecuencias. En dos casos no ganaron nada en absoluto.

La operación de Cornelli creo es muy peligrosa, dada, sobre todo, la frecuencia de resistencia a los antibióticos de los gérmenes habituales en rinofaringe.

Es aconsejable, a los quince días lo más tarde, en todas estas operaciones, el empleo de derivados de cortisona, para evitar la fibrosis postoperatoria, y en todas

ellas, el empleo de antibióticos, siendo muy conveniente hacer un estudio previo de la permeabilidad de trompa, estudio y supresión de focos sépticos nasosinusales; hacer antibiograma de los gérmenes habituales de cávum. Debe hacerse, siempre que sea necesario, un tratamiento biológico de autovacunas preparadas con cepas de gérmenes de meatos y cávum antes de someter a intrvenciones de cirugía funcional de oído, si hubiese cualquier factor tubárico.

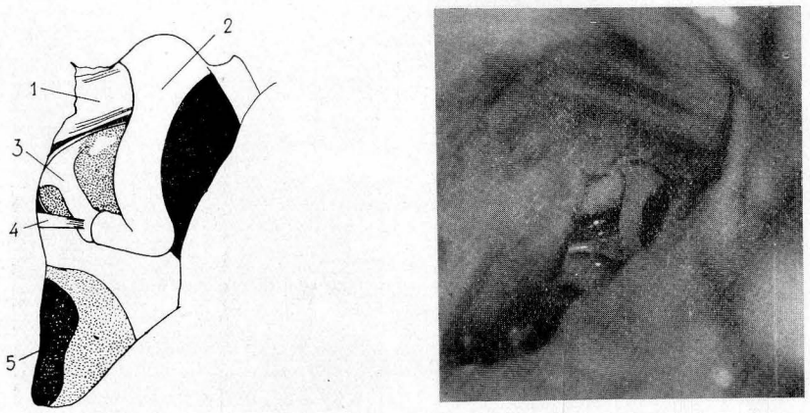


FIG. 4.—IMAGEN FOTOGRÁFICA TOMADA CON MICROSCOPIO «ZEISS», Y ESQUEMA. N.º 1: ACUEDUCTO DE FALOPIO (FACIAL). N.º 2: RAMA DESCENDENTE DEL YUNQUE. N.º 3: RAMA POSTERIOR DEL ESTRIBO Y PLATINA. N.º 4: TENDÓN MÚSCULO DEL ESTRIBO. N.º 5: VENTANA REDONDA.

Teniendo en cuenta que el efecto de transformación de la cadena osicular es solamente 2'5 decibelios (la transmisión de palanca entre mango de martillo y cabeza del estribo es 1'3), vale más hacer una timpanoplatinopexia que poner columelas de sustancias plásticas u óseas, que pueden ser origen de bloqueo fibroso, que técnicamente bien practicadas, sin embargo, son causa de fracasos por causas ajenas al cofocirujano, en el curso postoperatorio.

Es muy frecuente, al abrir la caja para actuar sobre la ventana oval, el estribo, en la otoesclerosis y en las otitis adhesivas, encontrar una laxitud entre las articulaciones del yunque y del estribo, no habiendo posibilidad de demostración de esta alteración en la audiometría liminar preoperatoria de la otoespongiosis, por enmascarar la caída de la audición para el tono 1.000 y 750 c. p. s. con relación a los otros tonos, que en la otoesclerosis dan una curva uniforme, por la anquilosis estapedovestibular (que enmascara la pérdida para esos tonos determinados); es atribuible la pérdida de estos dos tonos, preferentemente, a una alteración del sistema de acomodación del aparato músculoosicular. Es preciso en esta cofocirugía no sólo revisar la ventana oval y la redonda, el estribo y su articulación con la ventana oval, sino todo el sistema del aparato transmisor de la caja timpánica y, por tanto, de las articulaciones interosiculares.

En los casos en que no hay otoeclerosis, hay que explorar también el Gellé y la diferencia entre la conducción ósea absoluta y relativa, encontrándonos que el Gellé es positivo e invertido, y que la diferencia entre la conducción ósea absoluta y la relativa es de unos 15 decibelios, lo contrario de lo que pasa en una sordera de conducción o transmisión. Se aprecia asimismo que no hay paraacusia

de Willis, y que si hay ruido de fondo, se oye peor, estando el umbral dolor descendido; toleran mal las prótesis acústicas.

Son frecuentes las sensaciones vertiginosas por disfunción laberíntica.

En las otitis adhesivas, muchas veces, estudiando bien al enfermo previamente a la intervención, puede sospecharse la existencia de una articulación laxa; pero si hay anquilosis del estribo en la ventana oval, solamente se encuentran estas lesiones como hallazgos operatorios. En una otitis adhesiva, la forma de curva audiométrica es una U; pero en la otoesclerosis, como la audición de los tonos límites, tonos bajos y altos, se oyen como el 1.000 por haber una anquilosis estapedovestibular que enmascara igualando la pérdida para todos los tonos, no podemos sospechar preoperatoriamente los hallazgos.

En las intervenciones se precisa mantenimiento del yunque y estribo, en continuidad anatómica y funcional, para lo cual es preciso reforzar la articulación, con colodión elástico o solución de celulosa en acetona.

No podemos olvidar que el aparato osículotimpánico tiene una frecuencia propia, que es de 1.000 c. p. s., y una impedancia de 750 a 800 c. p. s., igual a la resistencia o impedancia del aire; fluye o llegan las ondas sonoras a estas frecuencias sin pérdida hasta el oído interno en el oído normal; por esto la gran sensibilidad del oído para las frecuencias conversacionales, la amortiguación y la falta de distorsión del oído normal, y la explicación de las alteraciones de estas dos frecuencias en la laxitud articular.

Entre las operaciones sobre el estribo, nos queda por citar nuestra experiencia en las aplicaciones de injerto de pared de vena; creo se impone, dando buenos resultados; la extirpación del estribo, según la técnica de Cornelli, tiene grandes peligros, mientras que la técnica de Guillón es mucho mejor, cuando menos en nuestras manos; en cambio, no nos ha sido útil el empleo del martillo neumático, de aplicación directa sobre la platina, y no creo pueda sustituir en lo sucesivo al ataque directo de la platina.

Lo mismo tengo que decir del empleo de un aparato que convierte en excéntrica los movimientos de una pieza de mano; por medio de esta excéntrica, que acaba en una pequeña horquilla, que se adapta a la apófisis corta del martillo o a la platina del estribo, produce unas reacciones en tímpano, crisis vertiginosas y, sobre todo, enorme reacción exudativa y fibrosa, aun empleando córticoesteroides en el curso postoperatorio, que hacen peligrosa la intervención en cuanto a los resultados funcionales postoperatorios.

Así como, a mi juicio y como operación primera, debe intentarse una movilización de estribo en los casos A, en los casos B y en los casos C de la clasificación de Shambaugh, para si fracasa la movilización, o hay un accidente operatorio, poder hacer una fenestración laberíntica, que, sin embargo, no la intentaremos en los casos C ni en las personas mayores de 55 años.

La operación de fenestración es igual a sí misma siempre, bien reglable, con tiempos operatorios exactos y pocas posibilidades de error en las predicciones pronósticas de recuperación de audición, aunque la audición recuperada no es audición fisiológica y nunca puede sobrepasar la audición preoperatoria por vía ósea. En el estado técnico actual, no debe utilizarse una técnica que modifique la caja timpánica, pues si intentada primeramente una fenestración fracasa, puede hacerse una movilización, que si se suprimió el yunque, forzosamente hemos de practicar una columelización de estribo, después de movilizarlo, y seccionar el tendón del músculo del estribo.

Cirugía de otorreas y secuelas

La tímpanoplastia, actualmente, es una operación destinada a remediar las lesiones cicatrizales de la caja, del tímpano, del sistema osicular, consecutivas a una otitis crónica. Unas veces se tratará de una simple miringoplastia; otras, de la liberación de la cadena osicular; otras, de todo esto y de la limpieza de los nichos de ventanas oval y redonda; unas veces, con la liberación osicular, injertos de tímpano, son toda la intervención; otras veces hace falta preparar dispositivos especiales (columelas, pequeñas cajas o fenestras, creando nuevas vías y ventanas para el sonido); es decir, unas veces se trata de una cirugía reparadora de unas lesiones, otras veces una cirugía funcional, creando suplencias que no alcanzan la restauración anatómica ni funcional, pero dejando socialmente útil al enfermo que antes no lo era, en cuando a servirse del oído como medio de relación social.

Tres fines perseguimos con la tímpanoplastia: 1.º Eliminar las alteraciones patológicas del oído medio; 2.º Secar el oído medio y aislarlo del conducto, con una restauración o suplencia timpánica; 3.º Restaurar la función auditiva del oído medio enfermo, con la aproximación debida a los estudios audiométricos preoperatorios de cada caso, en relación con los resultados estadísticos obtenidos en cada caso.

Siendo la causa de las otitis procesos muy diversos, y teniendo en cuenta la proximidad de órganos de importancia vital, es preciso valorar la posibilidad de no causar perjuicio al hacer la intervención, ya que muchas veces el intento de hacer una tímpanoplastia para una recuperación funcional en un solo tiempo, sobre todo en casos de colesteatoma, puede producir meningitis, tromboflebitis, abscesos cerebrales o cerebelosos, que pueden terminar con la vida del paciente. Es preciso, pues, previamente un estudio radiográfico del temporal en las clásicas incidencias de Schuller, Stenvers, Chaussé, etc., para descartar estas lesiones, o hacer las intervenciones, que con ánimo de recuperar una función pusieran en peligro la vida.

No es, pues, una tímpanoplastia una radical, o vaciamiento total o parcial, o radical conservadora; ni se trata de curar con ácido tricloroacético o nitrato de plata una perforación timpánica, o el uso de tímpanos protésicos o diversos aparatos de prótesis; se trata de reparar o reemplazar las lesiones y los defectos del aparato osículotimpánico, y ventanas de la caja timpánica. Es preciso, pues, para una tímpanoplastia, además del estudio otoscópico clásico y radiológico, un estudio audiométrico liminar y supraliminar, así como un estudio audiométrico con la sonda sonora, que ideó Pohlman.

Es preciso asimismo tener en cuenta los clásicos conocimientos del papel del tímpano y huesecillos en la presión acústica del sonido, y la transformación a su paso.

Cuando sobre la membrana timpánica actúa el sonido, con frecuencias de 2.000 c. p. s., la parte tensa de unos 55 milímetros cuadrados vibra como una placa rígida; si la frecuencia es mayor, entonces ya no actúa el tímpano como una placa rígida, sino que forma una convexidad, quedando el mango del martillo en el fondo de la convexidad; estas ondas sonoras llegan a la platina del estribo, que tiene solamente 3'2 mm. cuadrados de superficie.

Ranke ha demostrado, por la ley física de que la fuerza es igual a la presión multiplicada por la superficie, que la actividad de la presión sonora transmitida a la perilinfa por la platina del estribo está en relación a la del tímpano, como 55 a 3'2, es decir, unas diecisiete veces mayor a nivel de la ventana oval; pero por el efecto de la transmisión como brazo de palanca del mango de martillo

a la apófisis lenticular del yunque es de 1'3 a 1, lo que multiplicado por 17 es unas veintidós veces mayor a nivel de la ventana oval que en el tímpano.

Se ha calculado, por Güttner, que el efecto de la transformación acústica del tímpano y cadena de huesecillos normal equivale a 27'5 decibelios; que el efecto de transformación debido sólo al tímpano es de 25 decibelios, y que el efecto de transformación de la cadena osicular es de 2'5 decibelios. Es, pues, lo más importante la reconstrucción de un buen tímpano, que transmita a la ventana oval, con o sin cadena osicular, ya que ésta su efecto es solamente de 2'5 decibelios.

Por otro lado, Popper, de Johannesburgo, explicó el mecanismo hidrodinámico preciso para la transmisión del sonido a través de las dos ventanas, oval y redonda, a la perilinfa, y de ésta a la endolinfa. La diferencia de fase en la llegada de la onda a las ventanas, se sabe es cosa fundamental, por lo que a una de las ventanas debe llegar la onda directamente, y ante la otra debe existir una cámara de aire, que transforme la onda, que proteja dicha ventana acústicamente, para que haya así una diferencia de presión acústica entre las dos ventanas y se produzcan efectos hidrodinámicos que en el oído interno hagan vibrar una zona determinada de órgano de Corti. La falta del tímpano produce unos 40 decibelios cuando la parte tensa está desaparecida totalmente; la inmovilización del estribo por cualquier causa produce una baja de 50 a 60 decibelios; la pérdida de todo el mecanismo transmisor (tímpano-osicular) es de más de 60 decibelios. Si la perilinfa recibe directamente del aire el sonido, sólo un 3 por ciento sería absorbido por ésta, por la elevada resistencia acústica, siendo reflejadas la casi totalidad de las ondas sonoras.

Además de la exploración fundamenal otoscópica, radiológica y audiométrica liminar y supraliminar, se precisa una exploración completa de trompa, cávum y rinosinusal; exploración audiométrica con prótesis cierre de tímpano (politene) o algodón oleoso apoyado en promontorio, y la exploración con sonda acústica.

Esta exploración con sonda es fundamental para estar prevenidos de las posibles lesiones que vamos a encontrar; así, si normalmente hay una diferencia de unos 50 decibelios entre la audición del estribo (20-30 decibelios) y la del promontorio es de 70 a 80 decibelios, en casos con anquilosis de estribo por fibrosis o bloqueo de cualquier tipo de la ventana oval la separación entre audición por estribo y promontorio está muy disminuída (menos de los 50 decibelios) o ligeramente disminuída si el bloqueo es parcial.

La interrupción de la cadena de huesecillos nos muestra una separación mayor entre la intensidad a nivel del mango de martillo (30 a 40 decibelios) y la intensidad a nivel del estribo (normalmente, 20 a 30 decibelios); o sea, que si normalmente hay 10 decibelios oyendo más por estribo, si hay interrupción fisiológica de la cadena osicular, la separación es mayor (20 ó más decibelios) por estar aumentada la pérdida a nivel del mango del martillo (50 ó 60 decibelios).

La anquilosis ínculdomaleolar a nivel del ático modifica muy poco la separación de las cifras mango de martillo-estribo, con la sonda acústica.

El bloqueo de la ventana redonda aumenta la separación entre el decibelaje del estribo o ventana oval y la ventana redonda (en la ventana oval es de 20-30 decibelios, y en la ventana redonda normal, es de 30-40 decibelios; si está bloqueada, es mayor).

Wullstein hizo cinco tipos quirúrgicos en las intervenciones de tímpanoplastia; en realidad, no hay ninguna tímpanoplastia igual a sí misma; pero como norma general de exposición, pueden tenerse estos cinco tipos: una de ellas es la simple

miringoplastia, removiendo y suprimiendo las cicatrices del oído medio, conservando toda la caja y sus estructuras normales.

Un segundo tipo, en que se revisa la caja, y se conserva toda o la mayor parte de la cadena osicular, funcionalmente útil, se apoya sobre dicha cadena el nuevo tímpano, conservándose un receso epitimpánico, limpio de bridas, colesteatoma y fungus.

En un tercer tipo, tras la limpieza quirúrgica, supresión de fungus, bridas, etcétera, se trata de conservar únicamente el estribo; es de advertir que hay que seccionar el tendón del músculo estapediano, pues si no la audición que se obtiene es de pérdida de 60 decibelios o más, pues no hay posibilidad de neutralizar la tracción del mismo por faltar el contrapeso y acción del yunque oscilante.

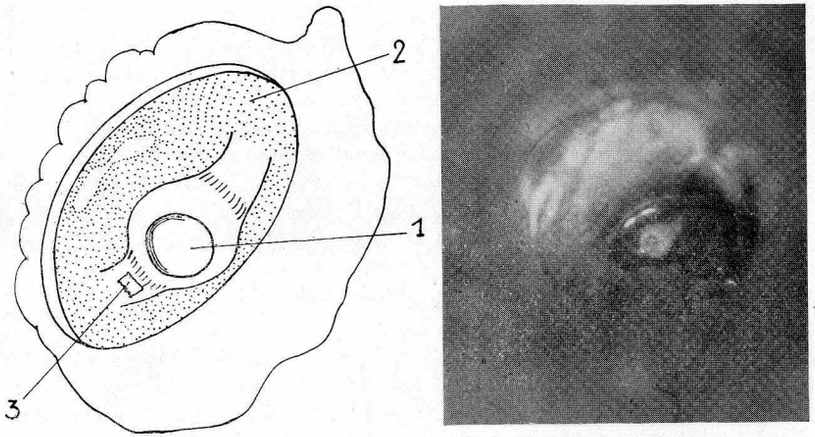


FIG. 5.—IMAGEN FOTOGRÁFICA TOMADA CON MÁQUINA Y MICROSCOPIO «ZEISS», Y ESQUEMA. N.º 1: CABEZA DEL ESTRIBO, PREPARADA PARA COLUMELIZAR. N.º 2: PLATINA. N.º 3: TENDÓN MÚSCULO ESTRIBO, SECCIONADO PARA DEJARLE LIBRE Y VIBRANTE Y PODER COLUMELIZARLO.

Si no hay posibilidad de conservar el estribo por estar destruído, pero se conserva la platina, debe hacerse una columela de Palavit o polivinilo, aunque es de advertir el peligro de que se formen fibrosis posteriores que engloben dicha prótesis; sobre el estribo que hace de columela, o la nueva prótesis, se aplica el colgajo timpánico de injerto. Se llama columela por tener una acción análoga al huesecillo único existente en el oído de los pájaros, quedando una audición análoga a la que tienen éstos.

Un cuarto tipo de intervención, que consiste después de practicar una limpieza quirúrgica de la caja, en proteger la ventana redonda con el injerto con el que hemos de hacer el nuevo tímpano; llama WULLSTEIN a esto hacer una pequeña caja, en comunicación con la trompa, para airear la misma, debiendo recibir la ventana oval directamente las ondas sonoras.

Una modificación de esto, llamada sonoinversión, que consiste en crear ante la ventana oval una nueva caja, una pequeña caja, dejando la ventana redonda al aire, intentando una inversión de la llegada a las ondas sonoras, no debe, a mi juicio, intentarse, aun cuando a veces, con un colgajo grande, se nos dé, sin buscarlo, por necrosis parcial y adherencias del neotímpano. Tienen estos pacientes

en que accidentalmente se nos ha presentado este efecto sonoinversor, una distorsión de frecuencias, con diferencia de casi tono y medio entre un oído y el otro; en segundo lugar, si la lesión producida en la otitis media crónica era un colesteatoma, con su asiento en dicho de ventana oval, y en ático, aun cuando se haya practicado una meticulosa limpieza quirúrgica bajo medios amplificadores ópticos, hay un peligro efectivo, que es justo reconocer no debe hacerse correr en una cirugía funcional. Es más: cuando se ha dado accidentalmente en nuestros enfermos, hemos tratado de suprimir la pequeña caja ante ventana oval y crearla nuevamente ante ventana redonda, como juiciosamente la hace WULLSTEIN.

En un último tipo de intervenciones, ante la imposibilidad o el peligro de remover la ventana oval, se hace una pequeña caja, ante ventana redonda, funcionalmente útil, y se practica una fenestra en conducto semicircular horizontal. En estos dos tipos de intervención, timpanoplastia de tipo IV y tipo V de Wullstein, no se restaura ni crea más o menos artificialmente un aparato transformador de presión acústica.

Es fundamental en este tipo de intervenciones tener en cuenta tres puntos fundamentales, consecuencia de más de mil timpanoplastias practicadas por mí, y son las siguientes:

a) Es fundamental respetar a toda ultranza la mucosa del promontorio, pues es el periostio del mismo, y si se suprime hay el peligro de laberintización posterior y pérdida de la función coclear.

b) Es fundamental no abrir la ventana oval, y esto hay que tenerlo en cuenta al tratar de suprimir bridas y tejido fibroso sobre la platina, a la que suelen adherirse íntimamente; en cambio, debe suprimirse todo granuloma o fibra situado ante ventana redonda.

c) Es precisa una limpieza quirúrgica del ático, así como del aditus; pero, en cambio, la caja con edema puede respetarse, así como las bridas que sirvan para una buena transmisión del sonido, en las timpanoplastias de tipo II, con conservación de la cadena osicular.

El injerto ha de ser ni pequeño ni excesivamente grande, adelgazado en sus bordes; ha de prepararse bien el lecho que ha de recibirle, con buena irrigación; si se hace en un solo tiempo una timpanoplastia tipo V, es decir, una fenestración —de lo que no soy partidario—, el colgajo que ha de colocarse ante la nueva fenestra ha de ser sumamente delgado, buscando una acción osteogenética del mismo.

Es, pues, fundamental, para evitar que se necrose el injerto, una preparación con antibióticos y una esterilización previa de la caja; por ello necesitamos practicar un antibiograma del contenido de la caja timpánica.

La aplicación de antibióticos, que no tengan acción sobre cóclea (no usar estreptomicina ni neomicina), el empleo de antihistamínicos, el uso de irrigación continua durante la intervención, así como aspiración con cánulas especiales, instrumentación especial y medios ópticoamplificadores, completa lo necesario para realizar estos tipos de intervenciones reparadoras de timpanoplastias. Es asimismo fundamental el empleo de soportes absorbibles, y de éstos no son muy buenos casi ningunos; yo empleo gelita, que es el que menos reacción da; asimismo, para evitar las fibrosis, a partir del duodécimo o décimoquinto día, se deben administrar derivados cortisónicos, que inhiban la fibrosis. Como antes hemos dicho, lo emplean hoy universalmente todos los cofocirujanos.

A pesar de todo esto, hay casos en que se presentan fracasos; unas veces, debidos a necrosis del injerto, supuraciones de caja o falta de ganancia prevista en la audición.

Las supuraciones, cuando son tubáricas, precisan un tratamiento previo del proceso nasosinusal: antibióticos, intervenciones quirúrgicas, vacunas, tratamientos crenoterápicos, radioterapia de trompa, etc. No intervenir hasta no suprimir la otorrea tubárica.

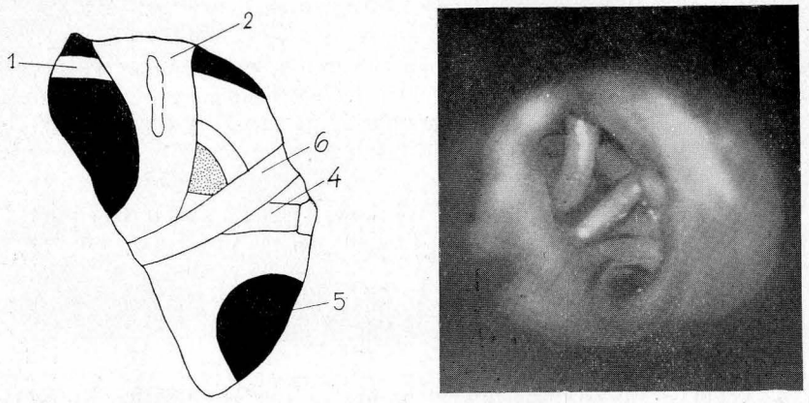


FIG. 6.—IMAGEN TOMADA CON SISTEMA FOTOGRÁFICO DE MICROSCOPIO «ZEISS», EN TÍMPANOFLASTIA TIPO II DE WULLSTEIN. N.º 1: ACUEDUCTO DE FALOPIO. N.º 2: RAMA DESCENDENTE DEL YUNQUE. N.º 4: MÚSCULO DEL ESTRIBO, SALIENDO DE PIRÁMIDE. N.º 5: VENTANA REDONDA. N.º 6: CUERDA DEL TÍMPANO.

En las supuraciones no tubáricas debidas a osteítis, si el injerto se aplica sobre puente óseo en ático, prende fácilmente, siempre que no haya fungus ni oteítis después de la limpieza; pero si se suprime totalmente el puente óseo, difícilmente prende el injerto en la cavidad de ático; vale más dejar la cabeza de martillo y yunque, y su articulación al aire, y el injerto por bajo.

Si hay colesteatoma, vale más no tratar en la primera intervención de aplicar injerto; hacer una intervención clásica (tipo radical o radical conservadora) y, una vez curado, tratar de reconstruir un sistema oscilador y transmisor del sonido hasta las ventanas oval y redonda, o una nueva ventana oval y la ventana redonda.

Si la cavidad antromastoidea operatoria no tiene buen drenaje, o hay granulaciones en el fondo, debe, previa aplicación de solución de adrenalina al 1 por mil, aplicarse en la cavidad unos otocones de cortisona o gasas de borde empapadas en derivados córticoesteroides; no será mala medida, en las cavidades amplias, un colgajo músculoaponeurótico rellenándolas, aplicándolas en la intervención.

Puede, en el curso postoperatorio, presentarse un proceso tubárico que, por la supuración, haga que se desprenda el injerto; quizá influya la falta de preparación del lecho para que prenda el injerto. Es preferible, en cuanto a los resultados, haber tratado previamente el proceso tubárico con los medios de que disponemos, que tratar de arreglar después el fracaso del injerto o tener que repetirlo.

A veces hay supuraciones que brotan en la sección de la oreja con el conducto, que curaban bien con los métodos de inhibición de granulación clásicos.

Hay otro motivo de fracaso en las tímpanoplastias: la llamada enfermedad del injerto. En realidad, es un eczema del mismo, macerándose y pudiendo llegar a eliminarse; como esto se presenta después de unas tres semanas, con córticoesteroides suele ceder, y curas secas asépticas.

La necrosis del injerto puede ser causada por supuración de la cavidad operatoria; por no colocar bien el injerto, aun estando bien hecho y preparado el lecho; esto, sobre todo, se suele dar en la parte junto a hipotímpano, y en especial en la parte anterior e hipotimpánica. El desplazamiento del injerto en las primeras curas es cosa probable; pero no por eso no se debe suprimir la primera cura hasta pasados diez a doce días, manteniendo la cura con presión en las partes que han de quedar aplicadas y adheridas con tejidos subyacentes. Hay que cuidar que no se adhiera el colgajo al promontorio; ya hemos dicho que no se debe suprimir la mucosa del promontorio por ser el periostio del mismo. Si hay dudas acerca del bloqueo de la trompa por el injerto, pasar por trompa y dejar un catéter fino de polivinilo en el sitio.

Aunque los autores franceses dicen que no han visto nunca pasado el tiempo perforarse, yo he visto en dos enfermos míos, y uno de otro colega, perforarse con un proceso gripal el injerto después de varios meses.

Junto a estos raros, pero posibles fracasos, que a veces precisan nuevas intervenciones para aplicar injertos que cierren las supuraciones, tratamientos sobre nariz, senos y trompa, hay casos en que no existe la ganancia prevista en la intervención. Unas veces se trata de que tardan los enfermos en recuperar la audición hasta la cuarta o sexta semana; hasta ocho meses ha tardado en recuperar la audición un enfermo nuestro. No podemos olvidar que el terreno sobre el que trabajamos es proceso con tejidos esclerosos, inflamaciones crónicas, tejidos de granulación anormales, y a veces reacciones vasculares de vecindad de los órganos sensoriales neurorreceptores, que se alteran con la intervención. Son, sin embargo, muy escasos, no pudiendo pasar en realidad del 12 al 15 por ciento de casos en que no ganan, cuando se emplea una técnica depurada, medios amplificadores de la visión del cirujano, irrigación y aspiración, obteniéndose un tímpano que funciona, una cadena o columela, o pequeña caja, o fenestra, que funciona bien. Las insuflaciones pertubáricas, el empleo de antibióticos y córticoesteroides inhibidores de fibrosis en el curso postoperatorio, completan los medios de que disponemos.

Si en el curso postoperatorio se presenta una pérdida notable de audición a las tres o cuatro semanas, y no se ha producido nueva perforación timpánica, se debe sospechar fundamentalmente que hay fibrosis y anquilosis en el caso de que se respetase la cadena osicular, y si se hizo columela o aplicación del colgajo sobre ventana oval y platina, una mala colocación primitiva del colgajo.

Tampoco se puede dejar de citar casos con agravación de la sordera, aunque con las técnicas actuales estos casos son menos del 2 por ciento de los operados de tímpanoplastia. La supresión de bridas que funcionalmente eran muy útiles para la audición; la desarticulación de la articulación del martillo y yunque, del yunque en aditus o de yunque y estribo, al tratar de limpiar la cadena de fungus; no abrir ventana oval, aunque se tenga que dejar tejido fibroso en la misma; no suprimir mucosa de promontorio, y si hay alguna necrosis, aplicar mucosa extraída de nariz (tabique). Los casos en que hay pérdida a pesar de esto, debemos pensar en laberintosis por edema o trastornos vasculares.

Por último, hay una cirugía en que precisamente hay que reconstruir una función que no existía; son los casos de atresia de oído, acompañada o no de falta de oreja y conducto auditivo, o con conservación de ellos, pero con defectos

de huesecillos, músculos de martillo y estribo, o deformidades o alteraciones de ventana oval y redonda.

Hasta tal punto es interesante esto, porque hay defectos congénitos del interior de la caja, sin deformidad alguna de oreja ni conducto auditivo externo, y que cuando afectan a un solo oído, sin historia anterior alguna ótica ni nasal, ni enfermedades por virus, traumatismos, ni intoxicaciones de ningún tipo, hemos de pensar en alguna malformación, y debemos hacer un estudio completo, historia clínica, exploración otorrinolaringológica (en especial, otoscópica, salpingoscópica), audiométrica liminar y supraliminar, y en cuanto a exploración radiológica, hay que llegar a hacer las radiografías en incidencias de Chaussé, y tomografías, sobre todo en incidencias II y III, además de las de Schüller y Stevers clásicas.

En los niños con sorderas no congénitas, ni hereditarias, recesivas o dominantes, sin historia alguna, pensar siempre en una anomalía congénita y tratar de estudirla bien, antes de descartar dicho diagnóstico.

En los casos con atresia de conducto, es fácil el diagnóstico, y aparte de la reconstrucción de la oreja, que nosotros hacemos con moldes de vitalium, rellenos de cartílago costal cortado en trozos pequeños; de reconstrucción de conducto, hay que tratar de reconstruir un sistema de dos ventanas y transmisión del sonido a ellas; normalmente, la ventana redonda se encuentra normal; pero en la ventana oval suele haber oclusión parcial, falta de desarrollo, falta de desarrollo de la platina del estribo o de las ramas, ausencia del músculo del estribo, sustitución del martillo y yunque por un bloque óseo.

Como cosa curiosa, no quiero dejar de citar el caso de una señora de Cadreita (Navarra), que presentaba en el oído izquierdo una platina normal de la que salía en el centro una columela o espina que terminaba al aire, y un bloque óseo en vez de martillo y yunque; la radiografía en incidencia de Schüller mostraba una mastoides neumatizada normalmente; la imagen otoscópica no presentaba cicatrices ni perforación alguna; no existía historia anterior otológica. Hice una movilización directa de platina, con columelización; tres años y medio después, sigue con una ganancia auditiva de más de 35 decibelios en cada una de las frecuencias conversacionales.

RESUMEN

Se hace una revisión de las técnicas actuales de cofocirugía, cuyas indicaciones van ampliándose cada día. La exigencia de medios de diagnóstico y el uso de medios especiales de exploración electroacústicos, radiográficos, de laboratorio, así como el necesario empleo de medios amplificadores ópticos (telelupas, microscopios otoquirúrgicos, etc.), materiales quirúrgicos, anestesias especiales, hacen imprescindible un aprendizaje de aparatos y un hábito organoscópico especial. Hay técnicas sistematizadas, invariables, y otras que precisan de una preparación por parte del cirujano, que ha de saber resolver por sí en cada caso las situaciones que se presenten en el acto quirúrgico, ya que en cada caso esta cirugía es distinta. En la primera clase de cirugía, fenestraciones, miringoplastias, movilizaciones indirectas y directas, son bien regladas, con tiempos operatorios precisos, cualquiera que sea la vía por la que hayamos llegado al oído medio; en la segunda clase de operaciones, tímpanoplastias de tipo III, IV y V, de Wullstein; cirugía de ventana oval, cirugías en evolución (sustituciones de estribo, columelizaciones con injertos holoplásticos, sonoinversiones, etc.), el cirujano no podrá siempre esperar resultados predichos preoperatoriamente, pues hay factores imponderables, que se escapan al cirujano y al mismo enfermo. Se estudian en este trabajo cada una de las técnicas, con las cuestiones presentadas en cada caso, estudiando los beneficios, dificultades y fracasos posibles, así como las causas y modos de avitarlas.

Dirección: Alameda Jesús de Monasterio, 8, pral. Santander.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960

DIETÉTICA DE LA ENURESIS

POR EL

DR. AGUSTÍN SERRATE TORRENTE

ZARAGOZA

De una somera revisión bibliográfica de los trabajos sobre enuresis infantil publicados en los últimos años, se obtiene la siguiente impresión en cuanto a su etiopatogenia: Existen enuresis en las que predominan factores somáticos: BENNHOLDT-THOMSEN [1] encuentra en sus casos motivos somáticos claros que justifican este trastorno; BREITLÄNDER [3] cree que en muchos niños la enuresis se debe a alteraciones de la regulación del sistema nervioso vegetativo; DURÁN y colaboradores [6], y GUNNARSON y MELIN [8], entre otros, han hallado una mayor frecuencia de signos normales en los trazados electroencefalográficos de los enuréticos que en los de los no enuréticos. Otros autores piensan que participan diversas causas: STOCKERT [14] y KANNER [9], además de a los factores psíquicos, conceden importancia a una alimentación rica en hidratos de carbono; BUONDONNO y SEPE [4], y PESCETTO y PARDERA [12], atribuyen valor a una influencia familiar a la que se unirían, unas veces, factores ambientales que actuarían sobre el psiquismo, y otras veces, lesiones orgánicas, principalmente neurológicas. Finalmente, otros investigadores atribuyen a la enuresis un origen puramente psíquico, y entre ellos DELLAERT [5], FRIEDEMANN [7] y PORTEOUS [13], quienes consideran que constituye una neurosis infanil por conflictos con el ambiente familiar, señalando por su parte KEMPER [10] el importante papel que desempeñan las malas relaciones madre-hijo, génesis psíquica aceptada también por BRANTMAY [2] y WEBER [15].

Si descartamos los casos clara y puramente orgánicos, que parecen hallarse en minoría, resulta que en la mayor parte de las ocasiones, junto a los tratamientos medicamentosos y a las diversas técnicas propuestas, se utilizan, por lo común, un régimen dietético y, cada vez más, una psicoterapia, unas veces como tratamiento principal, otras como única terapéutica.

Prescindiendo de las técnicas psicoterapéuticas, cuya consideración desborda el marco que nos hemos señalado, podemos decir que el régimen dietético utilizado

Comunicación presentada a la VII Reunión anual de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil, Bilbao, mayo 1959.

hasta hace poco tiempo, la privación de líquidos con disminución del aporte de cloruros a partir de cierta hora del día, se ha mostrado en nuestra experiencia, y también en la de muchos otros autores, muy poco eficaz.

Por su parte, KRASNOGORSKY [11] y su escuela observaron que en los niños la restricción hídrica provocaba un notable descenso de la secreción salivar refleja incondicionada, pero solamente cuando esta restricción de agua iba acompañada de un régimen rico en sal. Estos resultados los confirmaron después en las secreciones pancreática, renal y hepática de perros sometidos a esta alimentación pobre en agua y rica en cloruro sódico. Entonces KRASNOGORSKY utilizó esta dieta en ciento setenta y nueve niños enuréticos, de los que ciento veinticinco quedaron totalmente curados, treinta y seis fueron muy mejorados y solamente seis, que padecían lesiones orgánicas medulares, continuaron con su enuresis.

A efectos de adaptación a nuestras costumbres, hemos modificado ligeramente el régimen original y hacemos que a los niños se les administre una alimentación normal hasta las dos o tres de la tarde, en que reciben los últimos líquidos del día; toman después una merienda seca, y a la hora de la cena se les da una sopa espesa o puré de patatas o verdura, un huevo (cocido, frito o en tortilla), mantequilla y pan, distribuyendo entre estos alimentos de 3 a 5 gramos de sal y proscribiendo la ingestión de líquidos.

Lo que más nos ha sorprendido al utilizar este nuevo método dietético ha sido que muchas veces la enuresis desaparece ya en la primera noche del régimen, lo cual ha sucedido en seis de los nueve niños así tratados hasta ahora, todos ellos de nueve a doce años, con enuresis nocturna permanente rebelde a todos los tratamientos empleados hasta la fecha.

Si en muchos casos el tratamiento de elección de la enuresis es la psicoterapia, y ésta lleva consigo, como condición indispensable, la confianza del niño en el terapeuta, una manera eficaz de ganar esta confianza es, como nos ha demostrado la práctica, conseguir en sólo unas horas, y de una manera tan sencilla, lo que otros métodos no han conseguido en mucho tiempo. Estos niños, que ya en el primer día de régimen dejan de orinarse en la cama, después de haberlo hecho durante años diariamente o casi, vuelven al médico maravillados y satisfechos.

En esta comunicación no pretendemos detallar cada caso ni su evolución ulterior, ligada a la posibilidad y resultados de una psicoterapia. Queríamos únicamente dar a conocer nuestras observaciones acerca de un método sencillo e innocuo, que en nuestra opinión puede contribuir de un modo muy eficaz a lograr la confianza del niño en su psicoterapeuta, creando así unas óptimas relaciones entre ambos.

RESUMEN

Se hace un recuerdo de la etiopatogenia de este molesto trastorno, insistiendo en la restricción hídrica y en una sencilla dieta, que proporciona excelentes resultados en los casos empleados, siendo además un procedimiento absolutamente innocuo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENNHOLDT-THOMSEN, C. — «Zur Entstehung kindlicher Verhaltenstörungen». *Dtsch. med. Wschr.*, núm. 36. 1954.
2. BRANTMAY, H.—«L'oxygénotherapie de l'énurésie». *A Criança Portug.*, 14, 121. 1955.
3. BREITLÄNDER, K.—«Beitrag zur Genese und Therapie der Enuresis nocturna». *Z. aerztl. Fortbild*, 45, 5-6, 144. 1951.
4. BUONDONNO, E., y SEPE, O.—«Sulla etiologia e patogenesi dell'enuresi». *Ann. Neuropsichiat. Psicoanal.*, 2, 1, 1. 1955.
5. DELLAERT, R.—«L'énurésie: syndrome psychiatrique». *Acta Neurol. Psychiat. Belge*, 50, 1, 26. 1950.
6. DURÁN, P.; FAVIER, M.; JUDEAU, P.; JUILLET, P., y GIBERT, J.—«Perturbations du tracé EEG dans l'énurésie». *Rev. Neurol.*, 6, 627. 1955.
7. FRIEDEMANN, A.—«Das autogene Training bei Enuresis und seine Störungen durch unangepasstes Verhalten der Umgebung». *Psychotherapie*, 1, 1, 58. 1956.
8. GUNNARSON, S., y MELIN, K. A.—«The electroencephalogram in enuresis». *Acta Pediatr.*. (Upsala), 40, 6, 495. 1951.
9. KANNER, L.—«Review of psychiatric progress 1947». *Amer. J. Psychiatr.*, 104, 479. 1948.
10. KEMPER, W.—«Enuresis». Lempert & Schneider, Heidelberg, 1949.
11. KRASNOGORSKY, N. I.—«Extraits et lectures». *La Presse Med.*, 65, 84, 1.898. 1957.
12. PESCETTO, G., y PARDERA, G.—«Sull'ereditarietà dell'enuresi. Contributo genetico-clinico». *Riv. Patol. Nerv. Ment.*, 79, 1, 95. 1958.
13. PORTEOUS, H. S.—«Enuresis. The symptom and the character structure. Its relationship to the oedipal conflict». *A Crianç Portug.*, 17, 665. 1958.
14. STOCKERT, F. G. v.—«Aktuelle Fragen der Psychopathologie des Kindersalters». *Med. Klinik*, página 153. 1947.
15. WEBER, A.—«Ueber der Enuresis nocturna der Kinder». *Mschr. Psychiat. Neurol.*, 111. 144. 1946.

Dirección: Sanclemente, 22. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960

BIOTRONES

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

Es conocido por todos el esquema electrónico con su teoría de electrones y protones, desde el cual se aspira a representar de un modo objetivo los fenómenos físico-químicos de la materia corpuscular. No estamos autorizados para dictaminar si dicho teorema se ajusta a la realidad de los hechos. Lo que sí podemos afirmar es que el esquema electrónico es insuficiente para explicar los fenómenos que rigen las leyes biológicas.

A la vida, en general, debemos concederle atributos *sui generis* de una especificidad distinta a las leyes y principios que rigen el mundo mineral y orgánico.

La cosmología estudia tres realidades: la mineral, la orgánica y la organizada o viviente, las cuales se nos ofrecen claras y diferenciadas formalmente, salvo en esos estados fronterizos en que unas y otras, cuyos límites se nos ofrecen oscuros e indefinidos, como si la naturaleza se complaciera en poner a prueba nuestras dotes analíticas y espíritu de observación.

El hecho vital está regido por dos principios cosmológicos: uno mecánico-material, es decir, físico-químico, y otro formal y teleológico, en íntima correlación de partes, formando un todo unitario e individual en el tiempo y en el espacio. Esta razón de unidad, tanto formal como teleológica, de todo ser vivo, forzosamente obliga a nuestra mente a admitir en la dimensión vital de los distintos seres una jerarquía de principios específicos, por virtud de los cuales los simples materiales se ordenan en capacidad de transmisión genética, por un lado, y por otro, en formas diversas, géneros, especies, clases, etc.

Como la vida descansa sobre la materia, es a ésta donde se dirigen todas nuestras reflexiones. ¿Es inerte, pasiva, potencial, finita, o, por el contrario, activa, energética, determinada, infinita...? En esta dialéctica de principios, la física moderna no renuncia a sus objetivos, que son los que se derivan del esquema electrónico con sus fuerzas positivas y negativas, que fundamentan energéticamente el poder de cohesión, la individualidad permanente de cada simple material.

Desde este punto de vista, la materia es un complejo de causalidad que condiciona la realidad de los cuerpos. Sin embargo, esta afirmación nos conduce a un término, aunque el espíritu no se resigna a conceder a los simples materiales los caracteres que forman los seres vivos.

Ese algo más que es lo propio de los seres vivos, esa condición de formas y finalidades en el tiempo y el espacio, la sustanciación de la materia en otra cosa que no es materia simplemente y que necesita de ella para existir y ser, ese algo más, esa X que es lo biótico con su diversidad de formas y funciones, con sus razones de unidad, forzoso es admitir principios complementarios a los asignados por la teoría electrónica a los simples materiales.

Por ello, es preciso admitir un principio de diferenciación causal y eficiente, una bioenérgesis especificadora de los distintos niveles bióticos. Ahora bien, este principio, ¿es un simple microelemento puntual, o bien es una cualidad energética ordenadora de las relaciones entre la materia y la forma? [1]

Sea cual fuere su naturaleza, este elemento está dotado de una actividad directriz de la materia al canalizarse en el torrente vital.

Como cosmológicamente a todo ser acompaña su operación *(operari sequitur esse)*, a la materia la energía y al ser vivo su esencia genética, resulta que, desde un punto de vista físico-inductivo, el simple esquema electrónico o planetario lo enriquecemos con otros elementos, *biotrones*, que serán los agentes específicos en todo proceso de organización, desde los seres moleculares hasta los más diferenciados estructuralmente, cuyas diferencias entre unos niveles y otros serán la prueba evidente de su diversidad en géneros, especies, clases, tantas como formas y series naturales.

Por lo tanto, asignamos a estos elementos bioenergéticos o *biotrones* una cualidad singular, la de ser inductor de toda suerte de formas vitales en el tiempo y en el espacio, por cuya actividad los simples materiales y las moléculas orgánicas, al penetrar en la corriente vital, se ordenan de modo estructural orgánico, desde una causalidad físico-química, para completarse en etapas sucesivas en unidad de plan y teleológico para seguir repitiéndose en el tiempo de individuo en individuo en virtud de su actitud reproductora.

Ahora bien, se puede añadir lo que sigue. ¿En qué medida y cuál es la posibilidad formal de este factor en orden al futuro ser? Se debe declarar, sin eufemismos, que se ignora cómo los simples materiales se ordenan en el torrente vital según leyes intrínsecas de futuración; sólo podemos decir que histológicamente están condicionados por los ontoplasmas germinales, donde estos elementos o *biotrones*, con su actividad interna de convergencia formal, al concretarse como macromoléculas, serían éstas las que en definitiva se encargarían de transmitir las instrucciones genéticas formales o evolutivas de las sucesivas progenies celulares.

Sea cualquiera su naturaleza o entidad, tenemos que admitir de modo inductivo el hecho de su existencia con sus propiedades morfogenéticas, distintas en cantidad, cualidad y relación, en continua actividad instructora de formas y funciones, tanto más completas en cuanto que los seres son más perfectos genéticamente.

En definitiva, este ente, el *biotrón*, que mentalmente inscribimos en el esquema electrónico, es el fundamento de toda forma vital en el tiempo, que por sus carac-

[1] Cosmológicamente, nuestra mente no puede razonar rectamente si no se le ofrecen dos premisas elementales, en nuestro caso, la materia con la extensión y la cantidad, y la otra, el movimiento con sus cualidades; resulta de ello que la fórmula clásica «materia prima y forma sustancial» o *hilomorfismo*, tiene asegurada su vigencia metafísica en el tiempo, a pesar de los progresos científicos; lo que ahora se trata de superar no es el concepto, sino esa relación de ambos términos desde el punto de vista de la física actual, conciliando lo que en apariencia es sutileza escolástica con los puntos de vista de la física moderna.

teres específicos y propiedades de regulaci5n de la materia, moviliza ordenadamente ésta en todos los grados y niveles conocidos de los seres objeto de las ciencias biológicas.

Hago la observación histórica de que este factor inductor o morfogenético llamó DRIESCH *entelequia,* palabra tomada de Aristóteles en la acepción de lo acabado y perfecto, y que nosotros denominamos *biotrones,* como más propia para incluirla en el esquema planetario como complemento explicativo de las leyes que rigen las formas vitales.

RESUMEN

Se expone una teoría cosmológica en la que se admiten unos entes, "biotrones", de naturaleza elemental y energética, que serían los factores inductores de las formas vivientes, capaces de movilizar en los distintos niveles bióticos por su propidad de convergencia de caracteres en la genética de los seres. Estos elementos se consideran incluídos en la esquemática electrónica y explican por sí mismos la condición de la materia especificada por las leyes que rigen la vida.

Dirección: General Franco, 66, pral. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960

NOTAS PRÁCTICAS

LIMITES DE LA CIRUGIA CONSERVADORA EN GINECOLOGIA

POR EL

DR. RAYMOND DIEULAFE

PARÍS

Es éste uno de los problemas que a diario plantea la «cirugía ginecológica», al tratar de la conservación o del sacrificio de los órganos esenciales del aparato genital femenino. El cirujano, después de haber propuesto la necesidad de una laparotomía ginecológica y de hacer de vista el inventario directo de las lesiones, se plantea si éstas no imponen una amplia exéresis, tal como la clásica histerectomía subtotal o total, con la ablación de los dos anexos, dudando ante la decisión que ha de adoptar.

La solución fácil, permitiendo no dejar evolucionar una lesión mal conocida, ¿será la de hacer una exéresis completa de todo el aparato genital interno, sea cual fuere la edad de la enferma, pensando que la hormonoterapia bastará por sí misma para compensar las carencias así creadas y prevenir todos los trastornos consecutivos a la menopausia quirúrgica?

Sin embargo, ¡qué de protestas se elevan frente a tal actitud, tanto por parte de las enfermas y familiares como por las publicaciones de numerosos ginecólogos!

Si, por el contrario, cede a una tendencia conservadora y después de haber extirpado la lesión justificadora de la operación, se pregunta: ¿qué puede y debe ser conservado? Y si en el caso de haber practicado la ablación de los dos ovarios, ¿debe también conservar el útero?

Por otra parte, si habiendo sido suprimido éste, ¿debe sistemáticamente conservar los dos ovarios, o podrá permitirse no dejar sino uno o incluso un fragmento? Ya que, en efecto, si bien la tendencia conservadora se ha hecho clásica, sus resultados han podido demostrar, al lado de indiscutibles ventajas, la aparición de otras alteraciones y trastornos que son imprevisibles.

La publicación de numerosas observaciones de casos de complicaciones hemorrágicas por un útero conservado tras la ablación de sus ovarios, de distrofias ováricas consecutivas a la extirpación de un solo ovario, subrayan los peligros de tales actitudes y hacen criticar los excesos de los conservadores.

Sin embargo, la proporción de inconvenientes es escasa con relación al número de operadas que no hallan sino ventajas después de su intervención. Para poder dar una pauta de guía al cirujano, es preciso examinar una a una las diversas tácticas operatorias, para así puntualizar las principales críticas.

Podemos considerar tres eventualidades: extirpación del útero sin ovarios; de los dos ovarios sin el útero, y de un solo ovario o de una fracción del mismo, con o sin el útero.

I. Conservación del útero tras la ablación de ambos ovarios

Sin tratar de hacer historia, recordemos que Bates *trataba* así el fibroma uterino. La provocación por este medio de una menopausia quirúrgica conducía a la curación del fibroma, lo mismo que la menopausia natural o que la castración radiológica.

Si repugna en el momento actual conservar un útero distrófico, ¿debemos por esto sacrificar un útero normal con el pretexto de que no va acompañado de sus ovarios? Sin duda, se ven las ventajas de una intervención menos grave cuando se interviene de urgencia por un hemoperitoneo o peritonitis supurada; también los de una conservación de la estática pelviana con posibilidad de histeropexia puede ser igualmente una mejor salvaguardia del sentido genésico. Algunos han visto establecerse de nuevo las reglas, con o sin la ayuda de la hormonoterapia.

Pero también, en muchos de estos casos, esta conservación ha tenido que lamentarse hasta el punto de necesitar secundariamente la histerectomía.

En efecto, queriendo explotar al máximo las ventajas de esta conservación uterina mediante la hormonoterapia, se ha buscado restablecer un ciclo menstrual, bien por medio de implantaciones ováricas (autoinjertos ováricos o pellets), o bien por administración de medicaciones hormonales. Si algunos resultados espectaculares han justificado el método, en muchos otros casos, en lugar de fenómenos menstruales más o menos regulares, aparecieron hemorragias inquietantes que han alterado el curso operatorio; incluso en ausencia de todo tratamiento hormonal, en los meses o años que siguen pueden sobrevenir fenómenos anormales: hemorragias o aumento del volumen uterino.

Entonces, cuando parecería muy plausible el diagnóstico de un tumor maligno, la biopsia uterina muestra simplemente una hiperplasia del endometrio. Si la terapéutica hormonal no cura estos trastornos y se impone la intervención quirúrgica a causa de los temores de la enferma, esta intervención permite encontrar un quiste más o menos voluminoso desarrollado en la proximidad del útero, a expensas del ovario supernumerario o de las bridas ováricas dejadas al ras de una ligadura.

En la misma mujer sin útero, los trastornos de la castración serán más fáciles de equilibrar mediante un tratamiento hormonal bien orientado, suprimiendo el temor paralizante de la aparición de los trastornos que acabamos de señalar.

Esta conservación uterina sin ovarios resulta hoy menos imprudente que en otro tiempo (antes de la era hormonal), pues nunca se estará seguro de que una mujer, incluso estando advertida, no acepte un tratamiento hormonal; endometrio y miometrio son unos receptores demasiado sensibles.

II. Conservación de los dos ovarios en el curso de una histerectomía

Esta es la verdadera actitud conservadora y, a condición de respetar algunas contraindicaciones y determinadas condiciones técnicas, no parece tener sino ventajas.

Para estar bien realizada, la conservación de los ovarios exige que se mantenga a estos órganos una buena vascularización, lo que implica también una inervación satisfactoria. La táctica mejor es la de conservar enteramente la trompa para evitar una ligadura demasiado próxima al pedículo ovárico.

Un ovario aislado de la trompa, que ha tenido que tallarse en medio de las adherencias y que quede suspendido al extremo de un pedículo lumbo-ovárico más o menos mutilado, está más expuesto a un trastorno distrófico. La isquemia ovárica, reduciendo la cantidad de parénquima activo, corre el riesgo de conducir a una hipertrofia compensadora y a trastornos distróficos, sobre cuyo mecanismo volveremos al tratar del problema del ovario único, que es donde su exposición encontrará mejor emplazamiento.

Para explicar aquí la degeneración quística, se ha invocado la supresión de la hipotética hormona uterina, la perturbación debida a la ausencia de menstruación, que algunos corrigen mediante la conservación de una pequeña parte de mucosa uterina; pero la mayoría de los autores no dan valor a estos argumentos.

Sólo es valedero como contraindicación el mal estado de los anexos y la existencia de infección o de tumores. Llevando al máximo la conservación, algunos la extienden hasta a los ovarios distróficos.

Esta actitud conservadora de los ovarios se apoya en lo escaso de los trastornos presentados por las mujeres privadas solamente de útero, las cuales pueden pasarse con terapéutica hormonal. Las vías genitales conservan un estado funcional y morfológico normal, evitando la aparición de kraurosis vulvar, que constituye un estado precanceroso cuya frecuencia preocupa a muchos.

III. Conservación de un solo ovario

El problema biológico que plantea puede ser realizado por la ablación de un ovario o por la reducción del parénquima ovárico, resección parcial de los dos ovarios o, también, mediante la ablación de un ovario y resección parcial del otro.

La transplantación del solo fragmento ovárico conservado, conocida con el nombre de autoinjerto ovárico, debe más bien ser comparada a la inclusión de un pellet o tableta y queda fuera del problema.

El del ovario único es de actualidad y resulta muy embarazoso.

¿Cuáles pueden ser las consecuencias de una reducción del parénquima ovárico? Por lo que sabemos de fisiología endocrina, podemos suponer que la disminución de las secreciones ováricas repercutirá sobre la hipófisis que va a secretar hormonas estimulantes en exceso, lo cual provocará un aumento compensador del ovario restante.

Se podrá pensar *a priori* que ninguno de estos trastornos resultará de la supresión de un ovario. Es lo que ocurre a menudo y probablemente lo más frecuente.

Pero numerosas observaciones clínicas han dado lugar a describir un síndrome del ovario único, y numerosas reintervenciones han permitido comprobar en él graves alteraciones distróficas.

Si el útero ha sido conservado, se pueden observar trastornos de la menstruación: hipomenorrea, hipermenorrea, dismenorrea y también esterilidad o frigidez. O bien trastornos análogos a los de la menopausia quirúrgica: bocanadas de calor, acroparestesias, cefaleas, trastornos psíquicos o tiroideos.

Localmente, el ovario se hace doloroso, aumenta de volumen, aparece quístico, a veces incluso portador de un gran quiste.

Otras veces estos trastornos pueden ser pasajeros: la hiperactividad reaccional del ovario es transitoria y después se establece un nuevo equilibrio; los quistes ováricos desaparecerán por sí mismos, mereciendo el nombre de quistes funcionales.

Esto siempre que el parénquima ovárico esté en cantidad suficiente y sea de buena calidad. Si no es así, la reacción a las dosis aumentadas de estimulinas hipofisarias conducirá desde una simple hipertrofia compensadora, hasta una degeneración quística, tanto mayor cuanto más escleroquístico sea ya el tejido ovárico.

Es sobre el funcionamiento ovárico preoperatorio en lo que nos basaremos para

decidir acerca de las posibilidades de conservación parcial glandular, sin riesgo de ver aparecer estos trastornos. El estudio deberá hacerse, no solamente según las probabilidades clínicas, sino mediante dosificaciones hormonales, frotis vaginales y biopsia del endometrio.

Repitamos que si las manifestaciones que siguen a la operación se ven salpicadas por tales molestias y son tan deplorables, esto es también la excepción, pues si la mujer ha sobrepasado la treintena, la degeneración quística no se observa, todo lo más, sino alrededor del cinco por ciento de los casos.

Indiquemos que cuanto más tejido ovárico se conserva, es decir, si dejamos además de un ovario una parte del otro, por mínima que sea, aparecerán las manifestaciones fastidiosas y molestas.

Precisemos que la prevención de los trastornos hormonales podrá realizarse mediante una terapéutica médica bien conducida: propionato de testosterona, progesterona, gonadotropina coriónica, frenadoras de la hipófisis.

Así, pues, si bien pueden aparecer los trastornos por el hecho de la conservación de un solo ovario y necesitar secundariamente su ablación, no son, sin embargo, lo suficientemente frecuentes, ni en general tan importantes e irreductibles como para que por ello haya que privar a numerosas operadas de las ventajas de una no castración.

IV. Conducta práctica

La examinaremos siguiendo casos muy concretos y esquematizándolos al límite.

A) *Fibroma uterino.*

1.° Con anexos sanos y cuello normal: histerectomía subtotal, con conservación de los anexos.

2.° Anexos portadores de lesiones: *a*) hematosalpinx o salpingitis de un solo lado: extirpación de la trompa y conservación del ovario de este lado. Conservar la totalidad del otro anexo.

b) Ovario quístico en un lado y sano en el otro: extirpación subtotal o total del ovario enfermo; conservación del otro anexo.

c) Posible presencia de un endomerioma en alguna parte de la esfera genital: histerectomía subtotal, con castración bilateral.

3.° Anexos sanos, cuello enfermo, pero sin lesión de cáncer: histerectomía total, con conservación de ambos anexos.

4.° Fibroma reducido a un núcleo localizado, pero muy hemorrágico, mujer joven y deseosa de maternidad: miomectomía.

B) *Quiste del ovario.*

Quiste unilateral, no sospechoso de malignidad, útero y el otro ovario normales: ablación del anexo enfermo. Se salvaguarda así la totalidad de la fisiología genital.

Los riesgos de degeneración quística del ovario restante son mínimos. Es incluso posible disecar en la superficie del quiste, a nivel de su hilio, el tejido ovárico aplastado como un medallón y conservarlo después de la resección del quiste.

Se ha podido así —incluso faltando el otro ovario y si el parénquima conservado es de volumen mínimo— salvaguardar todas las funciones e incluso la maternidad.

C) *Embarazo extrauterino.*

La extremada urgencia y la carencia de reanimación han hecho, en otros tiempos, extirpar en algunos minutos trompa y ovario sin preocuparse de su conservación.

Se propone ahora la conservación de la trompa después de su evacuación. Esta táctica nos parece perjudicial para la seguridad de la hemostasia. Pues, ¿qué será ulteriormente de esta trompa operada?

El verdadero problema es el saber si quitando la trompa se puede permitir conservar un ovario en estas dudosas condiciones fisiológicas.

Lo que hemos dicho sobre la importancia de la cantidad del parénquima restante nos lleva a preferir la conservación de este ovario cuando técnicamente sea posible. El tratamiento del embarazo tubárico será, pues, la ablación de la trompa sola.

D) *Ovaritis escleroquística.*

Aquí es esencialmente un tratamiento médico el que debe ponerse en práctica; pero si éste fracasa y los signos clínicos justifican una intervención, ¿podemos ser conservadores? Sería fácil responder negativamente, si no fuera justamente en estos casos en los que se practica la resección subtotal del ovario tipo Walther.

Las numerosas reintervenciones que han sido necesarias han contribuído a desestimar en líneas generales la conservación.

La necesidad de continuar aplicando un tratamiento médico después de la intervención para salvaguardar los muñones ováricos debe hacer preferir aquí la castración, a menos que la edad de la enferma o los deseos de maternidad se opongan a esta mutilación. Señalemos que en el síndrome de Stein-Lewenthal la resección parcial propuesta no es sino un medio de liberar al ovario de la cubierta fibrosa que lo rodea, y es la supresión de esta cáscara, y no del parénquima, lo que los técnicos deben examinar.

Conclusiones

¿Después de haber abusado de la exéresis, abusamos hoy de la conservación?

No parece que haya gran interés y sí algunos riesgos en conservar el cuerpo uterino en ausencia de todo parénquima ovárico. Por el contrario, si un fragmento ovárico puede salvaguardarse, la presencia del útero asegurará menstruación y maternidad.

Pero si es el útero el que ha debido ser extirpado, vale más conservar los dos ovarios, uno sólo o un solo fragmento del ovario, si el estado anatómico o funcional de su parénquima no lo contraindica.

El síndrome del ovario único, a pesar de que se haya insistido mucho en sus inconvenientes, no parece ser lo suficientemente frecuente para modificar el normal sentido hacia la conservación.

RESUMEN

El ginecólogo, ante las lesiones comprobadas en un vientre abierto, se plantea el problema de la extirpación radical o de la conservación parcial con vistas al funcionalismo posterior y sus repercusiones en el estado general y local de aquella paciente.

En este trabajo se examina el criterio a seguir, considerándolo en las siguientes eventualidades: extirpación del útero sin ovarios; de los ovarios sin el útero, y de un solo ovario o de una fracción del mismo, con o sin el útero; y señala, para casos concretos y esquematizados, las líneas generales de conducta.

(De *Le Concours Médical*, París.)

Traducción del original, por D. Ricardo Horno Liria.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960
I. LIBROS

AUTORES NACIONALES

MEDICINA INTERNA, *fundado por* A. VON DOMARUS *y redactado de nuevo por* PEDRO FARRERAS VALENTÍ, *con la colaboración de* EGIDIO S. MAZZEI. *Un vol. (16 por 26 cm.) con 1.848 páginas, con 445 figuras, varias en color. Sexta edición. Editorial Manuel Marín, Barcelona, 1960.*

A partir del año 1923, en que el profesor Domarus publicara su «Manual de Medicina Interna», nombre y libro se hicieron internacionales, y repetidas ediciones vieron la luz en los diversos idiomas. Mas las ciencias médico-biológicas, merced al continuo progreso, envejecen rápidamente, y un tratado que abarca la totalidad de temas médicos, al cabo de un lustro resulta anticuado. He aquí una de las razones del porqué de su continua renovación, sin olvidar su éxito editorial, que, rebasando los cálculos comerciales, obliga a reimprimirlo.

Constituye la presente la sexta edición española, y del primitivo «Domarus» no queda otra cosa que las directrices que señalara su primer redactor: exposición clara, sencilla y resumida; orientación esencialmente práctica, precisando mecanismos fisiopatológicos para interpretar sintomatología, base de las deducciones diagnósticas. Encabeza como autor de la obra el profesor español Farreras Valentí, que acaba de coronar su brillante carrera de publicista y maestro con la sanción oficial de la cátedra ganada por oposición, ayudado con la colaboración de otro eminente profesor bonaerense, Mazzei, en la redacción de la presente obra.

Quien conozca anteriores ediciones del «Domarus» encontrará la presente, más que renovada, nueva. Aumentada considerablemente de páginas, superando en medio millar la anterior, y el de figuras en cerca de tres centenares. Las antiguas materias se incrementan con nuevos capítulos dedicados a las enfermedades del diafragma, anomalías y síndromes constitucionales, enfermedades alérgicas e intolerancias medicamentosas, y enfermedades por agentes físicos.

Nos atrevemos a decir que en esta obra el nuevo catedrático Farreras ha vertido el extracto de su saber o ha quintaesenciado sus vastos y profundos conocimientos médicos para sus presentes y futuros alumnos, entre los que pudiéramos incluirnos los que llevamos décadas de ejercicio profesional. Es libro no para preparar con su apoyo unos temas plenos de vacua erudición, sino para saberse manejar con seguridad por el proceloso mar de las enfermedades. No ofrece dudas que será auténtico «manual», es decir, libro manejable, tanto para los que se inician en el arte de tratar enfermos, como para los que necesiten refrescar ideas, apurar la diagnosis diferencial (una de las cosas mejores de este libro), conocer las últimas técnicas o datos exploratorios, saber la más moderna y más contratada experiencia terapéutica.

Si el antiguo «Domarus» fue siempre libro doctrinal y práctico, por su precisión y orientación didáctica, reconocido como ideal para los estudiantes de Medicina, no dudamos que esta versión de Farreras Valentí, sin títulos que le precedan a este maestro español, será la idealmente adaptada para el programa de Patología Médica a desarrollar en las Facultades de habla hispana. Así lo deseamos fervientemente y ha debido entreverlo la prestigiosa Editorial Marín y Compañía, que no ha regateado gastos en su lujosa portada y presentación, con volumen y formato magníficos, con innumerables figuras en negro y color, haciendo gala de pulcritud impresora. LUIS DEL CAMPO.

EL HIJO IDEAL, *por el doctor* PEDRO PUIG Y ROIG. *«Biblioteca para una Generación Mejor». Un vol. (15 por 22 cm.) de 600 páginas, con 987 figuras y gráficos; encuadernación en tela. Barcelona, 1960.*

La *Blibioteca para una Generación Mejor* mantiene el ambicioso propósito de servir prácticamente, y desde el terreno de la biología conyugal, paternal y filial, a la consigna del padre Lombardi, «Para un mundo mejor».

El primer tomo de esta Biblioteca se debe a la ciencia y a la pluma del ilustre tocólogo y publicista barcelonés doctor don Pedro Puig y Roig. Los que conocemos su ingente obra científica y de divulgación, unida a la intensa labor profesional; los que hemos leído durante tantos años los capítulos de «Síntesis Wassermann», redactados por él, no podemos asombrarnos de que haya logrado en este volumen un maravilloso compendio de lo que es labor de toda una vida. Volumen que es a la vez exhaustivo tratado de toda la Puericultura prenatal y postnatal, y resumen sencillo para profanos, donde pueden encontrar el dato exacto que disipe sus dudas o la norma segura, eficiente, autorizada, que fije sus conductas. Esta difícil conjunción del rigor y la profundidad científicos, con la sencillez y la asequibilidad a toda clase de públicos, considero que es el mérito mayor de la obra. Si a esto unimos su ambición, lograda, de estudiar al niño en los aspectos intelectivo, pedagógico, religioso y moral, habremos de comprender que no nos hallamos ante un libro más de puericultura y de higiene de la generación, sino ante lo que pretende y s'n duda conseguirá ser, es decir: un catecismo indispensable a todo hombre o mujer que persista en el afán eterno de montar su felicidad sobre el armazón de una familia propia, sana de cuerpo y de alma.

El libro, de 600 páginas, ilustrado con cerca de 1.000 dibujos y gráficos, se divide en tres grandes partes. La primera, «Descendencia sana», trata y aconseja sobre los grandes problemas de la herencia que la higiene de la generación tiene planteados, iluminando un capítulo de la biología que aparece tenebroso y casi amenazador para el profano. La segunda, «Mientras la mujer se hace madre», es un tratdo completo de preparación al parto, según las vigentes normas psicoprofilácticas, servidas con la más absoluta ortodoxia científica y moral. La tercera, «El hijo que deseábamos», es un práctico y ameno prontuario de Puericultura, excelentemente completado con vastos conocimientos y consejos sobre el niño intelectivamente y moralmente considerado.

Una obra, en fin, que resume, no sólo unos conocimientos profundos y bien dominados, sino también toda una vida dedicada al bien de las madres.—SANTIAGO LORÉN.

MEMORIAS Y TRABAJOS DEL INSTITUTO DE PATOLOGÍA Y FISIOLOGÍA REGIONALES DE TENERIFE. *Director:* T. CERVIÁ. *Volumen IV, 1958. Santa Cruz de Tenerife.*

Se recogen en este volumen, de más de 500 páginas, publicado a finales del año 1959, todos los trabajos científicos y conferencias pronunciadas en el Instituto de Fisiología y Patología de Tenerife durante el año anterior.

La presentación y el contenido de estas Memorias va mejorando de año en año, como una muestra de la madurez alcanzada por el Instituto de Tenerife, que, bajo la protección del Cabildo Insular, lleva a cabo una labor científica y cultural de verdadera importancia.

Son más de cuarenta los trabajos científicos recogidos este año, y por su variedad e interés no podemos detenernos a realizar un análisis detallado de los mismos. Constituye novedad la aparición de una sección literaria en la que se recogen diez ensayos de tipo literario paramédico, en la que destaca por su interés el de J. Durán, sobre «Historia clínica del príncipe don Carlos, hijo de Felipe II», y el de C. Pinto, sobre «Poesía y locura».

Figuran también en este volumen los índices de todos los trabajos y monografías publicados por el Instituto de Fisiología y Patología desde su fundación, lo que permite apreciar la importancia de la labor realizada.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

AUTORES EXTRANJEROS

LES HÉMIPLÉGIES VASCULAIRES, *por los doctores* JEAN MINVIELLE *y* BORIS VLAHOVITCH, *con un prefacio de los profesores* LAFONT *y* GROS. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 227 páginas, con 55 figuras. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París, 1960.*

Las hemiplejías de origen vascular son síndromes con los que a diario ha de contactar el médico en su ejercicio profesional, suscitando una serie de problemas que a veces requieren la intervención, tanto del internista como del neurólogo, del cardiólogo y del neurocirujano. Si la frecuencia de enfermos afectados de tales síndromes es extraordinaria, no lo es menos el número de publicaciones que han tratado sobre tal tema, lo mismo en obras de tipo general que en revistas y en monografías, estudiándose es-

tos pacientes desde el ángulo del internista, desde el de la intervención quirúrgica y de los medios encaminados a la recuperación funcional.

Si, por lo tanto, la presente obra de los doctores Minvielle y Vlahovitch no puede decirse que viene a llenar un vacío, sí puede afirmarse, en tono fuerte y sin ambigüedades, que será difícil mostrar un trabajo o monografía sobre hemiplejías vasculares que pueda parangonársele. Indudablemente, este libro, desde la primera a la última de sus páginas, se caracteriza por su esencial orientación práctica y entraña el doble mérito de conocer a fondo los problemas que plantean aquellos síndromes y saber expresarlos. Hasta la división en capítulos, hasta los epígrafes y los mil detalles en que se desglosan las innumerables materias tratadas, están matizados por la mano maestra que une a la experiencia clínica la facilidad expositiva.

Los autores, que desempeñan destacados puestos en Montpellier y en su Facultad de Medicina, una de las más vetustas de Occidente, acusan esa tradición francesa —hasta la actualidad, posiblemente insuperada— de descripciones precisas, señeras, claras, magistrales, sin utilizar en demasía las citas ni la hueca erudición. Saben aprovecharse de todos los medios de diagnóstico, de toda nueva concepción fisiopatogénica, de todo proceder complementario para la más exacta valoración de cada caso, con miras exclusivas a fines terapéuticos o recuperacionales, dejando a un lado lo problemático por la audacia o por falta suficiente de experiencia.

Es posible que se nos moteje por poseer filias por la clínica francesa, cuando no ribetes de quien, en calidad de propalar una obra, tiene la obligación moral de elogiar; mas resulta evidente que si otros países gozan de la primacía en la investigación y de marchar —por sus exuberantes medios económicos— a la vanguardia de los descubrimientos, nadie ha superado a los maestros galos en saber enseñar y saber describir lo que conocen. Es lástima que se hagan tantas traducciones de autores no europeos y se olviden o releguen libros como el presente, desde la cruz a la raya insuperables.

En cuatro grandes partes, cada una subdividida en varios capítulos, se divide la obra. Tratan, respectivamente, del examen del enfermo, de la etiología, de la fisiopatología y del tratmiento de las hemiplejías vasculares. Desmenuzan al máximo los múltiples problemas que plantean estos grandes apartados y de continuo ilustran sus puntos de vista y orientaciones prácticas con numerosos esquemas, figuras, cuadros resúmenes aclaratorios, encéfalogramas y aleccionadoras radiografías.

La Editorial Masson y Compañía hace pulcra y esmerada edición, imprimiendo la obra en lujoso papel couché.—LUIS DEL CAMPO.

VIAJE EXTRAÑO, *por el doctor* C. ZUCKERMANN. *Un vol. (15 por 20 cm.) de 498 páginas en couché, con numerosas ilustraciones en negro y color; encuadernación en tela. Editorial Atlante, S. A., Méjico, D. F. Año 1959.*

No es la primera vez que nos ocupamos de un libro de impresiones de viaje debido a la pluma inquieta y sagaz del doctor Zuckermann, pues ya anteriormente referimos en estas páginas la publicación del volumen titulado «Oriente a la vista», que obtuvo un éxito indiscutible dentro y fuera de Méjico.

Si interesante era aquél, no le va a la zaga el que hoy comentamos, en el que de una manera sencilla y casi familiar nos permite acompañarle en este gran periplo, en el que, partiendo de Méjico, recorre Panamá y toda Sudamérica con sus diversas Repúblicas, para dar el salto al Atlántico desde Recife, en el Brasil, hasta Dakar, en el Africa occidental, haciendo un completo recorrido del continente negro hasta el Cabo de Buena Esperanza, y desde aquí a toda la parte oriental, incluída Madagascar, hasta llegar a Addis Abeba. La tercera parte de este itinerario comprende toda Europa, hasta la Gran Bretaña, desde donde retorna a los Estados Unidos, para regresar de nuevo a la capital de Méjico.

En este amplio recorrido, realizado hoy día en unos meses merced a las excelentes comunicaciones establecidas, nos va describiendo Zuckermann las diferentes regiones y naciones por él visitadas, mostrándonos con toda sinceridad sus sorprendentes contrastes y también su diversidad casi infinita, haciéndonos vivir la atmósfera particular de cada ciudad con sus variadísimos matices y peculiaridades.

Su espíritu observador capta bien el ambiente de las tierras visitadas; su sed de saber queda aquí vívidamente reflejada, y en su trato cordial sabe crear amistades y sembrar afectos. Pero en sus páginas también pone de relieve que viajar significa superar dificultades, tanto previstas como imprevistas; enfrentarse con la incomodidad, con la fatiga, con dificultades de idioma, con fórmulas de cortesía y de hábitos diferentes, y todo ello supone un esfuerzo, una preparación, ya que cuanto mejor se sepa lo que es digno de verse, tanto más se aprovechará el tiempo.

Decía Cervantes que «el andar tierras y comunicar con diversas gentes hace a los hombres discretos». Y nada hay más cierto, para no encastillarse en el orgullo, que el saber cómo viven y se desenvuelven los demás. Los viajes enseñan; rodando mundo, se dilatan no sólo los ámbitos del conocer, sino también los horizontes espirituales del hombre, al contemplar los milagros que en él ha realizado Dios. Por eso la vida es un libro del que, quien no ha visto más que su patria, no ha leído más que una página.

Zuckermann y su hijo Conrado, que le acompañaba en este recorrido a través de tres continentes, han sabido lograr provechosas experiencias y han leído no una, sino muchas páginas; esto ha enriquecido sus recuerdos y conocimientos, proporcionándonos además a sus lectores un agradable esparcimiento y múltiples y provechosas enseñanzas.—RICARDO HORNO LIRIA.

TRAITEMENT DES ANÉMIES, *por* JACQUES MALLARMÉ. *Un vol. (15'5 por 24 cm.) de 366 páginas, con 41 figuras en el texto; rústica. G. Doin et Cie, 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1959.*

Una anemia es debida a la disminución más o menos importante del número de glóbulos rojos de la sangre periférica o de la tasa de hemoglobina circulante, o de los dos. Definición simple que parece conducir a una concepción simple de la anemia, y como corolario, su corrección terapéutica fácil. Esta es la actitud de bastantes prácticos en presencia de un anémico; la realidad es muy distinta. Cada anemia tiene una estructura que reclama una terapéutica adecuada. Importa hacer un estudio correcto y preciso para poder aplicar el tratamiento justo.

Caracterizar el tipo de anemia es, pues, el primer deber del práctico; un problema muchas veces delicado de resolver sin la ayuda del hematólogo y exámenes especiales de laboratorio. Actualmente el tratamiento de las anemias es, sobre todo, fisiopatológico y sintomático, ya que existen anemias de causas ignoradas o de causas imposibles de corregir.

Todas estas consideraciones expone el autor al comienzo de su trabajo, con el que trata de borrar aquella falsa concepción antigua de las anemias y enfocarla dentro de los nuevos conceptos derivados de la constante y paciente investigación en el terreno de la hematología, y así, en su preámbulo, trata todo lo referente al glóbulo rojo y a la hemoglobina, de un modo conciso, pero suficientemente claro y comprensible, como indispensable preparación para el resto, que es la parte fundamental que justifica el título de la obra.

En su primera parte estudia las principales medicaciones antianémicas. Son siete capítulos, dedicados a: el primero, «Vitaminoterapia antianémica (factores de maduración eritropoyética)», en cuatro etapas: primera, el hígado y el factor hepático de Whipple; segunda, el estómago y el factor de Castle; tercera, el ácido fólico, el ácido folínico y la thiamina; cuarta, la vitamina B_{12}, seguida de las aplicaciones terapéuticas. El segundo capítulo está dedicado a la quimioterapia mineral: hierro, cobre, arsénico, manganeso, molibdeno y cobalto; el tercero ocupa la proteinoterapia; la transfusión sanguínea la expone en el cuarto capítulo, y es del mayor interés, sobre todo en sus aplicaciones quirúrgicas y obstétricas, con sus métodos de aplicación y accidentes. La hormonoterapia, la esplecnotomía, fisioterapia y climatoterapia ocupan los capítulos quinto, sexto y séptimo.

La segunda parte de este importante y atrayente libro, con un total de 185 páginas, ocupa el estudio clínico de las anemias con su clasificación y cuadros morbosos y hematológicos, con nueve capítulos (del octavo al décimosexto). Sigue la bibliografía correspondiente a cada capítulo, y un índice alfabético.

Esta segunda parte es fundamental para el práctico y resuelta con gran método, que le hace singularmente atractiva y asequible y de gran utilidad.

La casa editora, G. Doin et Cie., al publicar esta importante obra puesta al día, ha llenado un auténtico vacío que existía en la bibliografía médica.—M. VICENTE CARCELLER.

CIÁTICAS CLÍNICAS, *por el doctor* GUIDO COSTA BERTANI. *Un vol. en 4.°, de 163 páginas, con 58 radiografías. Imp. Losada, S. A. Buenos Aires, 1959.*

La reputación de eminente reumatólogo de que goza el doctor argentino Costa Bertani es bien merecida. Este libro lo prueba una vez más, y mensualmente su prestigiosa «Revista Argentina de Reumatología» es muestra de ello.

Aunque nuestro concepto etiopatogénico del reumatismo difiere del suyo y de la generalidad de autores, y, por ende, del referente a la ciática, sin embargo la descripción y la clínica que de tal afección contiene este libro creemos es de lectura altamente recomendable.

Libro magníficamente editado. Su capítulo de anatomía clínica, su severa y documentada crítica del «furor quirúrgico» y el estudio de su abundante y bien razonada casuística, muestran un gran espíritu analítico, conocimiento a fondo del tema y gran originalidad.

Comienza con una introducción a modo de credo de su arraigado concepto etiopatogénico del mal; sus capítulos de Etiopatogenia —analizando numerosas causas—, de Anatomía clínica —valorando el signo de la tos y del estornudo, llamado también «del pis-

tón», que no estima atributo de compresión radicular, sino de participación de raíz sensitiva aislada o conjunta—; el capítulo «Aclaración anatómica», resaltando el gran error del hecho falso de colocar el V par lumbar a la altura del IV disco, aportando datos con fotografías y esquemas, y, finalmente, su posición clínica frente al diagnóstico de hernia del disco, son capítulos dignos de encomio.

El capítulo de «Tratamiento» comienza encomiando el hidrato de cloral como antidoloroso y anestésico radicular y troncular, no utilizando el calor, ni ultrasonidos, ni radioterapia, ni quiropraxia, y, en vez de hidrocortone emplea novocaína radicular o troncular. (Asegurámosle que si ensaya la oxígenoterapia hipodérmica, intramuscular o intravenosa, se verá gratamente sorprendido.)

El capítulo de casuística revela su gran pericia en el estudio de sus casos.

Acompaña, avalora este libro modelo, un magnífico atlas radiológico. — J. CHABÁS.

RAMÓN ZAMBRANA Y VALDÉS, EL PRECURSOR, *por el doctor* ISRAEL CASTELLANOS. *Un vol. (23 por 14 cm.) de 300 páginas, con 10 figuras intercaladas; rústica. Imp. P. Fernández y Cía, S. en C. Hospital, 619. La Habana, 1959.*

En la serie de publicaciones referentes a los Zambrana, la presente está dedicada al profesor Ramón Zambrana y Valdés, primer nativo que se doctoró en la Universidad de La Habana y fue profesor de la misma, destacando como maestro, científico y sabio de un modo notable, por su gran cultura, elocuencia y métodos pedagógicos en los más diversos ámbitos de la enseñanza, destacando brillantemente en las materias de la Medicina Legal. Como académico numerario, formó parte de la primera Sección de Medicina y Cirugía de la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales, establecida en La Habana el 6 de noviembre de 1860, y de la que fue su primer secretario; pero no fue personaje estático en estos cargos, sino activo y permanentemente inquieto por estar siempre al tanto de los últimos avances de la ciencia, aspiración que anhelaba para él y para sus compañeros y discípulos, lo que le impulsó a crear revistas en las que continuamente colaboraba, y publicar libros no sólo de Medicina, sino también de otras muy variadas ramas del saber, incluso literarias y poéticas...

Todo esto desarrolla la brillante pluma del Israel Castellanos, que lo sintetiza en el siguiente párrafo: «Periodistas, poetas, escritores, literatos, publicistas médicos, profesores y académicos, en bocetos, semblanzas, biografías, panegíricos y trabajos notables y bellísimos, cuidadosamente documentados y felizmente terminados, han expuesto la existencia ejemplar, la vida admirable y fecunda, la erudición extraordinaria, la actividad científica y universitaria de Ramón Manuel Zambrana y Valdés».

Y éste es el libro, un poco de todo para demostrar lo fundado de todo lo que el párrafo anterior contiene, en una laudable síntesis del autor.

Avalora el libro extraordinariamente el prólogo del profesor Manuel Pérez de Petinto y Bertoméu, director de la Clínica Médico-Forense de Madrid, que con estilo brillante y gran competencia hace un espléndido boceto de ensayo plenamente logrado, tanto en lo puramente biográfico como en sus múltiples notas de auténtica historia de la Medicina en su aspecto general como de historia de la Medicina Legal en particular, cuya lectura se sigue con singular interés por ser francamente instructiva y aleccionadora. — M. VICENTE CARCELLER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960

REVISTAS

NACIONALES

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICIÓN

RODRÍGUEZ MIÑÓN, J. L., y GARRIGUES, A.—«LA INSULINA LENTA. ALGUNAS PARTICULARIDADES DE SU EMPLEO.» «*Revista Clínica Española*», *74, 4, 226. 1959.*

Cada vez es más frecuente el uso de la insulina lenta, que permite reducir a un solo pinchazo el tratamiento diario de los diabéticos que soportan mal la inyección varias veces al día de la insulina simple. Aun así, en los casos graves que requieren gran cantidad de insulina (superior a las 50 unidades diarias), hay cierta prevención a inyectar de una sola vez tal cantidad, por temor a ocasionar crisis hipoglucémicas.

Los autores, basados en una experiencia de treinta casos, dan las normas prácticas más adecuadas para la utilización de la insulina lenta. Se basan en el estudio y control cuidadoso del enfermo. En general, se recomienda la administración antes del desayuno, controlando cuidadosamente la dieta, calculando que se necesitan al menos quince días para conseguir el adecuado control y dosificación de la enfermedad.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ANÁLISIS CLÍNICOS

GRAS, J., y TUSET, N.—«DIFERENCIACIÓN POR CROMATOGRAFÍA EN PAPEL, DE GLOBULINAS GAMMA, Y MACROGLOBULINA, COMO PRUEBA SIMPLE PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA MACROGLOBULINEMIA.» «*Sangre*», *4, 37. 1959. Zaragoza.*

Los autores estudian la posibilidad de separación y consiguiente identificación de diversas gamma globulinas, tanto de sujetos normales como cirróticos, kala-azar, etc., utilizando la cromatografía en papel Munktell número 20 y empleando como solventes soluciones tamponadas de citrato a pH 5'1 y 10'1. Unas veces se parte del suero total y otras de la globulina aislada, bien por precipitación con hiposulfito o bien (macroglobulina) por dilución con agua destilada. Los resultados no son satisfactorios en cuanto la separación de las distintas gamma globulinas, normales o patológicas, pero sí aparece de gran valor para la separación de la macroglobulina. Esta proteína se desplaza menos que las demás del suelo y de una forma irregular, atribuíble, probablemente, a la asimetría de las moléculas de macroglobulina.—V. PEC JUARRERO.

HIDROLOGÍA

CONDE GARGOLLO, E.—«LA RIQUEZA TERAPÉUTICA DE LAS AGUAS SULFUROSAS EN ESPAÑA.» «*La Semana Médica*», *t. 115, n.º 11, págs. 419-424, 10 septiembre 1959. Buenos Aires.*

La riqueza terapéutica de las aguas sulfurosas en España es extraordinaria por su presencia, caudal, termalidad y elementos característicos en sulfuros y en SH_2. Sus efectos son estimulantes, sedantes resolutivos y reconstituyentes ante cualquier cronicismo en donde estas aguas antiflogísticas estén particularmente indicadas.

Hay un grupo de sulfuradosódicas termanes, otro sulfuradocálcicas frías y un tercero mixto ligeramente sulfurosas y de componente cloruradosódico o de componente arsenical.

La hiperemia consecutiva a los baños con aguas sulfurosas, según Maliwa, es debida a una capilarización cutánea. Los capilares alterados adquieren otra vez una forma normal. ¿Las aguas sulfurosas, por su importante acción óxido-reductora, al mejorar, como ha señalado Doering, las zonas arteriales finas y capilares, logran reducir y movilizar los depósitos de colesterina y de las lipoproteínas beta? Se podría llegar así a una etapa de profilaxis del problema individual y social, que significa la arterioesclerosis como enfermedad degenerativa del sistema vascular.

A continuación describe las características y aplicaciones clínicas de las aguas minerales termales del balneario de Montemayor

(Cáceres), donde ejerce el cargo de director médico.

Se ocupa luego de la reacción termal.

Dice que debe existir una colaboración estrecha entre el director del balneario y el médico particular del paciente, ya que si existe un entendido espíritu de colaboración entre ambos, es fácil establecer una rápida mejoría del paciente ante el problema patológico.

Finaliza señalando la acción del azufre en el metabolismo del diabético y de los glúcidos en general.—J. RIVERA.

PATOLOGÍA

PAU ROCA, L.—«EL SULFOGRAMA EN PATOLOGÍA RESPIRATORIA.» *«Arch. Esp. Med. Interna», 5, 5, 264. 1959.*

EL autor hace unas consideraciones sobre el empleo indiscriminado de los antibióticos en los procesos infecciosos respiratorios, y llama la atención sobre la utilidad de discriminar «in vitro» la efectividad de los mismos o de las sulfamidas antes de establecer un tratamiento.

El espectro de inhibición «in vitro» de las sulfamidas es casi siempre tan amplio como el de los antibióticos del tipo de las tetraciclinas y superior, desde luego, al de la penicilina y estreptomicina.

En una serie de ciento veinticinco enfermos a los que se practicó antibiograma y sulfograma, se decidió utilizar sulfamidas en setenta y cinco de ellos, teniendo en cuenta la sensibilidad «in vitro» del germen, la falta de contraindicación, la ineficacia de la antibioterapia anterior o la existencia de reacciones urticariales previas a los antibióticos.

El 83 por ciento de los casos tratados respondieron eficazmente a la medicación; el 6'7 por ciento lo hicieron de forma menos evidente, y el resto fue refractario a la mejoría. Los resultados coinciden en general con la idea actual de la utilidad clínica de ciertos preparados de sulfamidas.

El presente trabajo se realiza con especial referencia al preparado «Dosulfín».—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

UROLOGÍA

GILSANZ, V.; ALONSO BARREDA, J. M., y AÑAYA, A.—«LA BIOPSIA RENAL EN LA ENFERMEDAD DE WILSON.» *«Revista Clínica Española», 74, 4, 222. 1959.*

LA degeneración hepatolenticular o enfermedad de Wilson presenta unas características alteraciones metabólicas consistentes en aminoaciduria, eliminación excesiva de cobre por orina y disminución de la ceruloplasmina circulante, cuyo mecanismo de producción no ha podido ser aclarado.

Se plantea la hipótesis de que pueda existir un trastorno renal primario que ocasione el cuadro de aminoaciduria, que a veces es el inicial, y los autores llevan a cabo un estudio histológico del riñón en cinco casos de enfermedad de Wilson, a los que practican un total de dieciséis punciones biopsias.

Han comprobado en todos ellos la completa normalidad de glomérulos y túbulos, así como la falta del aplanamiento del epitelio glomérulotubular en la zona de transición, que había sido descrito en un caso por otros autores.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EXTRANJERAS

MEDICINA

VERDURA, G., y PINI, C. E. (Milán).—«ENFERMEDAD DE HAND-SCHÜLLER-CHRISTIAN DE COMIENZO BUCAL.» *(Hand-Schüller-Christian disease or oral origin.) «Panminerva Medica», vol. I, n.º 2, págs. 79-82, junio 1959. Turín.*

CARACTERIZADA usualmente por trastornos del crecimiento, exoftalmos, diabetes insípida y defectos en la estructura ósea, especialmente de los huesos planos, la enfermedad de Hand - Schüller - Christian, que afecta principalmente a niños entre dos y siete años, puede empezar a veces con manifestaciones patológicas en la boca, mucho tiempo antes de la aparición de síntomas más típicos.

Tal modo de comienzo tiene importancia práctica porque puede conducir a errores diagnósticos y pronósticos, siendo preciso un completo conocimiento de la afección para evitar esos errores.

El caso presentado por los autores, quienes le vieron a los seis meses del comienzo de los síntomas orales, les da una oportunidad para hacer notar los signos clínicos más salientes en relación con las lesiones, y de resaltar la importancia de las lesiones granulomatosas en la cavidad bucal de los niños, como un signo precoz de enfermedad de Hand-Schüller-Christian.

Señalan que se ha escrito poco sobre esto, citando los autores que lo han hecho.

A continuación exponen el caso observado por ellos. Después sientan conclusiones. Señalan que un precoz reconocimiento de las lesiones orales y una temprana terapia röntgen-quirúrgica podría interrumpir la evolución de la afección y mejorar el pronóstico. Insisten en las características de las lesiones orales, afirmando que solamente el examen histológico puede determinar rápida y definitivamente la naturaleza exacta de la enfermedad.—J. RIVERA.

DURUPT, L., y GOURY-LAFFONT, M.—«LA GOTA. ADQUISICIONES RECIENTES.» *(La goutte. Les acquisitions recentes.) «Gazette Médicale de France», tomo 65, abril 1958. París.*

PRESENTAN los articulistas un resumen de los últimos avances, en todos los aspectos, de la gota.

Punto de vista clínico.—Papel de los traumatismos: Parece existir una relación entre los traumatismos y los microtraumatismos en la aparición del ataque agudo de gota. El intervalo puede variar.

Problema de la gota femenina: Es rara en la mujer, aunque si aparece lo hace después de la menopausia. No obstante, se citan algunos casos de gota femenina juvenil.

Manifestaciones extraarticulares: Localización tendinosa, de aponeurosis, músculos (lumbago, torticolis), nervios (principalmente el ciático), así como presentación de periartritis escápulohumeral.

Como manifestación rara de la gota está la flebitis gotosa (tres casos en quinientos gotosos). Las manifestaciones, tanto digestivas como cerebrales y renales, son más atribuíbles a la plétora acompañante y al etilismo que a la misma gota.

Asociaciones morbosas: La obesidad, en el 50 por ciento de los casos. Hipertensión arterial, en la cuarta parte de los mismos.

Punto de vista biológico.—Por electroforesis, la característica esencial del suero gotoso es una hiperglobulinemia β con algunas variantes, como es el aumento de la globulina y en la gota clásica poliarticular y de la globulina α en el acceso agudo.

Punto de vista terapéutico.—Colchicina: El más antiguo de los medicamentos antigotosos posee una acción farmacológica no aclarada y ninguna acción uricosúrica. Actualmente se le atribuye una acción estimulante córtico-suprarrenal. Asimismo ejerce una acción simpáticomimética y parasimpáticolítica.

ACTH, cortisona y derivados: Acción uricosúrica indudable, además de su acción antiinflamatoria y antialérgica. Teóricamente nefasta por el aumento de la catabolisis sobre las núcleoproteínas y formación endógena de ácido úrico. Se deben emplear en el acceso agudo y no en la fase crónica.

Butazolidina: El mejor fármaco en la crisis aguda, por su acción analgésica, antiinflamatoria y antitérmica y uricosúrica con descenso de la uricemia. Tiene el inconveniente de que para tratamientos largos hay que contar con los accidentes digestivos y hemorrágicos que provoca.

La benemide: Propiedades uricosúricas, no actuando sobre el metabolismo del ácido úrico. Es capaz de aumentar la uraturia en un 200 por ciento. Se debe administrar asociada a la colchicina, pues a veces, hacia los veinte días de tratamiento con la benemide, se eleva la uricemia, coincidiendo con una nueva crisis aguda. También se debe administrar con alcalinos para solubilizar el ácido úrico y evitar de esta forma los cólicos nefríticos, dando además abundantes líquidos. Constituye el tratamiento de fondo de la gota crónica poliarticular tofosa.

Punto de vista fisiopatológico.—El metabolismo del ácido úrico se puede realizar a partir de moléculas simples, coom la glicina, del grupo azoado de aminoácidos, y a partir de núcleoproteínas exógenas y endógenas, por degradaciones sucesivas; se menciona también el papel de los derivados del ácido fólico y de la vitamina B_{12}.

En la patogenia de la gota no se puede invocar solamente la alteración del metabolismo de las purinas, y actualmente no se puede responder por qué se origina la hiperuricemia de la gota.

Terminan citando el empleo, en el tratamiento de la gota, de la demecolcina, menos tóxica y sin los inconvenientes de la colchicina.—PÉREZ GIL.

APARATO CIRCULATORIO

BREGNANI, B.; SELVINI, A., y PAVESI, V. «EL PRONÓSTICO LEJANO DEL INFARTO DE MIOCARDIO.» *(La prognosi lontana dell'infarto miocardico.) «Minerva Medica», 50, 57, 2.343. Torino, 1959.*

LOS autores han realizado un interesante estudio sobre la evolución en el tiempo de ciento ochenta casos de infarto de miocardio, que han tenido ocasión de seguir durante plazos que oscilan entre uno y dieciocho años.

La mortalidad inmediata fue de veintidós casos (12 por ciento), y la tardía, de veintiún casos (el 17 por ciento de los supervivientes).

De los ciento ochenta casos iniciales, pudieron seguirse durante plazos largos ciento seis, de los que el 73 por ciento se encontraban en buena salud y sin trastornos cardiocirculatorios. Otros veintiocho casos presentaban síntomas diversos (angina de pecho, insuficiencia cardíaca) que les impedían realizar trabajo útil. La recidiva del infarto tuvo lugar en un 5 por ciento de los casos, en la fase aguda, y en el 16 por ciento de los supervivientes. Otras complicaciones, como trombosis y embolia, tuvieron lugar en el 6 por ciento de los casos.

Comparando los efectos del tratamiento anticoagulante, se comprueba una mejor evolución de los casos así tratados, pues el 48 por ciento presentó signos de curación clínica completa, frente a un 38 por ciento en los casos no tratados.

El electrocardiograma constituye un dato de gran valor, pues el 69 por ciento de los pacientes que presentaron curación clínica mostraron una evolución del electro a la regresión completa, mientras que en el 70 por ciento de los casos que presentaron trastornos circulatorios posteriores, el electro permaneció estacionario o con trastornos progresivos. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CANCEROLOGÍA

RICCO, G., y GARCENA, V. — «CONTRIBUCIÓN A LA CASUÍSTICA DEL PLASMOCITOMA.» *(Contributo a la casistica del plasmocitoma.) «Minerva Medica», 50, 56, 2.304. 1959. Torino.*

PRESENTAN los autores un caso de plasmocitoma del tipo gama, con lesiones óseas difusas en cráneo, miembros y columna vertebral, y cuya clínica se ajusta a la corriente en estos casos.

Hacen una revisión de los síntomas principales: astenia, dolores lumbares, anemia, proteinuria, gran velocidad de sedimentación, lesiones óseas, anormalidad proteica y caracteres del mielograma.

Es un indicio más de la frecuencia de esta enfermedad, poco diagnosticada hasta hace unos años, pero que con la generalización de la práctica del proteinograma y de la punción esternal puede diagnosticarse con facilidad.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ANGLESIO, E.; PELACHINO, A. M.; IORIO, C., y SILVESTRINI, P. — «LA FUNCIÓN HEPÁTICA EN LOS CANCEROSOS.» *(La funcionalità epatica nei cancerosi.) «Minerva Medica», 50, 56, 2.301. Torino, 1959.*

LOS autores realizan un estudio acerca de la situación funcional del hígado en cincuenta enfermos cancerosos de diversa localización (mama, útero, próstata), en diferentes grados de extensión, pero en los que se excluye la existencia de metástasis hepáticas o de ictericia.

Las pruebas que se efectúan son bilirrubinemia, glucemia, proteinemia, reacciones de floculación, velocidad de sedimentación, colinesterasa, fosfatasa alcalina y prueba de la bromosulftaleína.

Del análisis de los resultados comprueban la existencia de daño hepático apreciable en treinta y seis de los cincuenta pacientes estudiados. Se puede establecer una relación entre la intensidad de la afectación hepática y el grado de difusión del proceso, por lo que suponen que la célula hepática es sensible a la acción tóxica de la neoplasia.

Creen los autores que el estudio de la función hepática en los enfermos cancerosos es de suma utilidad con vistas a establecer un pronóstico y un juicio acerca del grado de difusión de la neoplasia, sobre todo antes de la intervención quirúrgica.

La existencia de daño hepático en una neoplasia, aunque no haya metástasis clínicamente apreciables, es de más pronóstico, mientras que la normalidad hepática permite esperar la limitación «in situ» de la neoplasia.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CASTELLANO, M., y CATTANEO, C. — «REMISIÓN REPETIDA EN UN CASO DE BETA PLASMOCITOMA.» *(Remisione ripetute in un caso de beta plasmocitoma.) «Minerva Medica», 50, 57, 2.365. Torino, 1959.*

REFIEREN los autores una interesante observación de un caso de beta plasmocitoma que, tratado con cloroetilfenilalanina, presentó una remisión clínica y bioquímica del cuadro, llegando a normalizarse la situación proteica.

Esta respuesta tuvo lugar hasta cuatro veves sucesivas en el mismo enfermo, al tratar repetidas recaídas al suspender la medicación, si bien los efectos fueron cada vez menores.

Esta respuesta hace pensar que el fármaco sea de utilidad en el tratamiento del plasmocitoma, no sólo para mejorar la sintomatología, sino para prolongar la supervivencia de estos enfermos, pues se comprueba que impide la proliferación mielomatosa.

Es de señalar que al principio del tratamiento se manifiesta un empeoramiento de los signos clínicos debido a la aparición de leucopenia común a otros tratamientos antimitóticos, favorecido en este caso por la existencia de una insuficiencia renal.

La actividad del medicamento, o se supone debida a actuar como antimetabolito suplantando a la fenilalanina, aminoácido en el que es muy rica la proteína mielomatosa.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO RESPIRATORIO

LENTI, G., y ANGELINO, P. F. (Roma).— «MODERNAS ORIENTACIONES DE FISIOPATOLOGÍA CIRCULATORIA PULMONAR.» *(Moderni orientamenti di fisiopatologia circolatoria polmonare.) «Minerva Medica», 50, 2.403. Torino, 1959.*

EL pequeño círculo es un sistema a bajo régimen presorio en el que los valores normales sistólicos arteriales no superan nunca los 25-30 mm. de mercurio de presión, y el gradiente arteriovenoso pulmonar oscila en torno de 10-12 mm. de mercurio. Las resistencias pulmonares varían inversamente al volumen minuto pulmonar mismo.

El hombre normalmente puede tolerar un aumento del retorno venoso sin que las presiones arteriales pulmonares se modifiquen. Un ejercicio físico de mediana intensidad apenas normalmente modifica las presiones de la arteria pulmonar. Las causas que aumentan la presión en el círculo menor son: 1) la disminución del lecho vascular por reducción del calibre del vaso o por una menor distensibilidad; 2) la anoxia, que por sí misma puede ser responsable de una vasoconstricción pulmonar y del aumento del flujo pulmonar y de la viscosidad de la sangre; 3) una causa de tipo mecánico en naturaleza ventricular izquierda (estenosis mitral, pericarditis constrictiva, calcificaciones miocárdicas); 4) la insuficiencia miocárdica ventricular izquierda.

Existen otros factores secundarios, como el aumento de la presión intraalveolar, del tono broncomotor, los «shunts» bronquiales pulmonares y la arterioesclerosis pulmonar secundaria.

Basándose en un concepto fisiopatológico, estudian dos tipos: 1) hipertensión pulmonar de aumento primitivo de las resistencias arteriales pulmonares; y 2) la que tiene como causa un aumento de las resistencias venosas. En el primer grupo estudia: A) La que se produce en las neumopatías crónicas. La hipertensión pulmonar es un signo, en estos casos, de hipertrofia del ventrículo derecho. El aumento de la presión capilar indica una insuficiencia ventricular izquierda. B) Hipertensión pulmonar arterial en las cardiopatías congénitas. Habla aquí de un «corazón vascular crónico» frente al «corazón pulmonar crónico» del apartado anterior. Se puede llegar incluso, en estos casos de cardiopatías congénitas, a presiones pulmonares superiores a las sitémicas. C) Hipertensión pulmonar arterial aislada. Separa la debida a una causa arterial (arteritis reumática, tromboangeítis obliterante, lupus eritematoso, reumatismo pulmonar arterial, periarteritis nudosa) de las debidas a causas embólicas o trombósicas (esquistosomiasis, anemia de células falciformes, etc.). Parece que la hipertensión pulmonar produce secundariamente las alteraciones tomadas como primitivas de la arteria pulmonar. El segundo grupo de hipertensión pulmonar de aumento de las resistencias venosas se refiere a las estenosis y vicios mitrálicos. Aquí habla del «corazón pulmonar mitrálico». SAMITIER.

ENDOCRINOLOGÍA

DOGLIOTTI, A. M., y otros (Turín).—«IMPLANTACIÓN DE LA HIPÓFISIS CON YTTRIUM^{90} EN CINCO CASOS DE ACROMEGALIA.» *(Implantation of the pituitary with Yttrium^{90} in five cases of acromegaly.) «Panminerva Medica», vol. I, n.º 1, págs. 15-18, mayo 1959. Turín.*

EL tratamiento de la acromegalia está basado esencialmente en la hipofisectomía, irradiación röntgen de la hipófisis o en la administración de grandes dosis de estrógenos. Los resultados del tratamiento médico y radiológico son inconstantes y transitorios; el quirúrgico lleva consigo peligros y no es decisivo a menudo. El tratamiento por implantes de radón no fue satisfactorio por producir rayos gamma que podían ocasionar lesiones irreversibles de los tejidos paraselares.

Sobre la base de los resultados obtenidos por implantación de la pituitaria con Y^{90} en enfermos con tumores malignos, enfermedad de Cushing y exoftalmos edematoso maligno, se aplicó el mismo tratamiento en cinco casos de acromegalia. Todos ellos habían sido irradiados, y dos, tratados con estrógenos, sin resultado evidente. Una vez llevada a cabo la implantación, ninguno de los pacientes mostró signos de que las vías ópticas hubiesen sido afectadas.

Describen la técnica de la implantación, los resultados clínicos y metabólicos, y concluyen que: 1.º Es posible obtener una exclusión funcional del adenoma hipofisario, como lo muestra la regresión de los signos clínicos y metabólicos. 2.º Hay una inhibición del exceso de la función somatotrópica hipofisaria, como lo prueba la desaparición o mejoría de los desórdenes del metabolismo cálcico e hidrocarbonado. 3.º Los signos de estimulación diencéfalo-hipofisaria a veces observados inmediatamente después de este tipo de intervención pueden ser severos, pero no im-

plican que este método no pueda ser empleado, porque en los casos seguidos durante meses se ha visto que dichos signos son transitorios.—J. RIVERA.

ESTOMATOLOGÍA

PISTONI, H. O.—«APTAS BUCALES. SU TRATAMIENTO.» *«La Semana Médica», t. 115, número 21, págs. 457-459, 17 septiembre 1959. Buenos Aires.*

SE trata de una afección caracterizada por la aparición de una o mas lesiones de 2-5 milímetros de diámetro, evolucionando de mácula a pápula, vesícula, umbilicación y cicatrización. Al umbilicarse dejan una ulceración muy dolorosa por exposición de las terminaciones nerviosas. Duran de ocho a diez días.

Son consideradas por el autor como una repercusión en el órgano bucal de trastornos metabólicos generales.

Distingue un tratamiento general de acuerdo con cada caso particular, y un tratamiento local a base de una pasta de aminoácidos aplicada sobre las ulceraciones cada tres o cuatro horas, sin masaje, y que actuaría estimulando la actividd funcional del epitelio y llevando los elementos nutricios necesarios para restaurar el equilibrio funcional.

Finaliza describiendo los buenos resultados obtenidos en los dieciocho casos tratados: mejoría del dolor a los dos o tres minutos; aceleración en la epitelización, y ausencia de recidivas en los casos que ha podido seguir hasta el presente.—J. RIVERA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

BRET, J., y BRODI, L. (París).—«CORTEZAS SUPRARRENALES ACCESORIAS A NIVEL DEL APARATO GENITAL FEMENINO.» *(Les cortico-surrénales accessoires au niveau de l'appareil génital féminin.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», n.º 6, páginas 451-458, junio 1959. París.*

DICEN los autores que las suprarrenales accesorias son los órganos glandulares ectópicos más frecuentes, cuyo sitio electivo es la esfera genital. Esta contigüidad se explica por la embriología. Estas relaciones son constantes en aves y reptiles.

Han encontrado siete casos en el curso de intervenciones sobre aparato genital femenino. Se trata de pequeñas formaciones lenticulares, esféricas o aplanadas, cuya coloración amarillo claro vivo llama inmediatamente la atención. Sus dimensiones son mínimas: 3-4 milímetros de diámetro, a veces 1, pareciendo por ello difícil que puedan ejercer funciones de suplencia. Seis veces los han encontrado en el ligamento suspensorio del ovario, y una en el ligamento útero-ovárico. Seis veces en lado derecho. Al lado del elemento principal existen nódulos muy pequeños, reducidos a algunas células. Histológicamente se trata siempre de tejido córticosuprarrenal, con una cápsula espesa y escasa vascularización.

Es verosímil que algunos tumores virilizantes asentados en la región genital, independientes del ovario, hayan tomado nacimiento a nivel de estos elementos ectópicos.

Hacen un breve resumen de los siete casos. Acompañan al trabajo cinco excelentes figuras.—J. RIVERA.

BARRIER, J. — «HEMATOMA RETROPLACENTARIO.» *(Hématome rétro-placentaire.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», n.º 6, págs. 477-485, junio 1959. París.*

DEFINE el autor el hematoma retroplacentario como la constitución rápida de una colección sanguínea entre la cara posterior de la placenta y la pared uterina.

Hace historia del proceso y se ocupa de la etiología, anatomía patológica, sintomatología, evolución, complicaciones, pronóstico, diagnóstico, patogenia y tratamiento, en el que distingue:

I. Tratamiento curativo con: *a*) Referencias históricas. *b*) Quirúrgico. *c*) Médico, para hacer disminuir el estado de shock con morfina y ganglioplejicos. Si el parto se inicia, romper las membranas para ayudar a la descompresión uterina. Si el trabajo se hace mal, la dilatación es lenta, se está autorizado a hacer con gran prudencia una perfusión de extracto post-hipofisario (sin vasopresina). Una perfusión de sangre fresca ayudará mejor a la enferma a salir del shock, sin aumentar la tensión de una manera perjudicial. Vigilar sobre todo el estado de la coagulación por el estudio del tiempo de hemorragia, retracción o redisolución del coágulo y dosificación del fibrinógeno. Después del parto es prudente practicar sin espera un alumbramiento artificial, e inyectar extracto posthipofisario en el músculo uterino, para obtener una retracción rápida. Es, sobre todo, en este momento cuando hay que temer el desencadenamiento de una incoagulabilidad sanguínea. La cirugía conserva pocas indicaciones: persistencia de una hemorragia que ponga en peligro la vida de la enferma, existencia de una incoagulabilidad sanguínea no disponiendo de fibrinógeno, y supervivencia fetal.

II. Tratamiento de las complicaciones: Fibrinógeno en la hemorragia por incoagulabilidad; la cortisona daría resultados parecidos. Riñón artificial en la anuria.

III. Tratamiento preventivo: Es muy decepcionante. Los pródromos son muy inconstantes; el régimen sin sodio no disminuye las probabilidades de aparición de este proceso. Quizá sea posible prever cuáles son las mujeres amenazadas de padecer este proceso, si se admite que estos sujetos presentan una resistencia capilar baja; la medida sistemática de este dato en el curso de la gestación permitiría tal vez corregirla por las vitaminas C, E y P, y los antihistamínicos. Por otra parte, se ve que esta fragilidad vascular coexiste con un hipercorticismo que traduce una elevación de los 17-cetosteroides. En estos casos, el tratamiento cortisónico es susceptible de modificar ambos trastornos.—J. RIVERA.

HALBRECHT, I. — «TUBERCULOSIS GENITAL LATENTE.» *(La tuberculose génitale latente.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», n.º 6, págs. 459-469, junio 1959. París.*

LO que más llama la atención del autor, no es solamente la frecuencia inesperada de tuberculosis genital en las mujeres estériles sino su latencia y completa ausencia de signos clínicos.

El diagnóstico precoz de la tuberculosis femenina en su forma latente permite evitar su transformación en exudativa e infiltrativa, aumentando así las posibilidades de su curación radical, dándonos al mismo tiempo la esperanza de curar la esterilidad, que es el síntoma que llevó a la enferma a la consulta.

Los cultivos de la secreción menstrual son el único medio que nos permite diagnosticar la tuberculosis genital al principio. El autor llama la atención sobre el acortamiento del parametrio y del fondo de saco izquierdos que se observan en las enfermas como signo revelador, aunque no patognomónico de la existencia de un foco tuberculoso activo o curado en los órganos genitales femeninos.

En cuanto a tratamiento, administra 2-3 gramos de estreptomicina por semana, durante seis a nueve meses, con 12 gramos de PAS y 250-300 miligramos de hidrácida diarios. Lo que se obtiene es la curación de la tuberculosis, y excepcionalmente, la de la esterilidad; lo más que se obtiene es una transformación de la esterilidad en infertilidad. Sin embargo, no hay que olvidar que se trata, en la gran mayoría de casos, de mujeres jóvenes, para quienes la pérdida definitiva de toda esperanza de embarazo sería desastrosa desde el punto de vista psíquico, por lo que es preciso recurrir al tratamiento antibiótico y no al quirúrgico.

La curación espontánea es posible y hace pensar al autor en el papel eventual que la tuberculosis genital curada espontáneamente debía jugar lógicamente en la patogenia del embarazo extrauterino y de la infertilidad en general.—J. RIVERA.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

BURRUANO, F.—«SOBRE ALGUNOS CASOS DE SÍNDROME EXTENSO-PROGRESIVO. CONTRIBUCIÓN CLÍNICA.» *(A proposito di alcuni casi di sindrome estenso-progressiva. Contributo clinica.) «Rassegna di Neuropsichiatria e scienze affini», vol. XII, n.º 1, págs. 15-50. Salerno, 1958.*

COMO es sabido, fue Barré quien llamó la atención sobre los trastornos reflejos postraumáticos, señalando su creciente importancia, desde los puntos de vista fisiopatológico, clínico y médico-legal. Tales trastornos, reunidos bajo el epígrafe común de «síndrome extenso-progresivo», en atención a sus características evolutivas y a su localización más allá del asiento de las lesiones traumáticas que las dan origen, no han alcanzado hasta la fecha una clara sistematización nosológica. Aparte de su interés puramente clínico y fisiopatológico, el estudio de estos síndromes postraumáticos reviste una gran importancia médico-legal.

El autor, con ocasión de cuatro casos clínicos interesantes, muy detalladamente descritos, hace una valiosa aportación a tan interesante tema, extendiéndose en consideraciones etiopatogénicas y aportando un gran número de citas bibliográficas. Barré clasifica estos cuadros clínicos, un tanto variables y desdibujados, en tres grupos fundamentales: motores, sensitivos y amiotróficos, según cuáles sean los síntomas dominantes. Hay formas que recuerdan las parálisis segmentarias y periféricas; otras, las mielíticas; otras veces se trata de estados disquinésicos (temblores, contracciones fibrilares, movimientos coreiformes); otros, por fin, de tipo parkinsoniano. Pueden verse también crisis simpáticas, diencefálicas, de epilepsia refleja. Hay asimismo algias reflejas y síndromes disociados siringomiélicos y otros que semejan la esclerosis lateral amiotrófica. En general, nunca se trata de cuadros puros, sino que suelen asociarse, de las formas más diversas, los síntomas motores, sensitivos y tróficos.

El diagnóstico guarda siempre relación con el antecedente de un traumatismo, que no siempre es muy intenso ni vulnerante. En cuanto al tratamiento, se han propuesto, según los casos, la piretoterapia, la simpatectomía,

las infiltraciones periarteriales con novocaína, balneoterapia, electroterapia, etc. Ardito, recientemente, ha preconizado, en ciertos casos, la aplicación del electroshock en la región cervical.—Rey Ardid.

ENDARA (Quito). — «Degradaciones y desvitalizaciones en los delincuentes, a través del test de Rorschach.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *vol. VII, n.º 26, págs. 167-182, abril-junio 1959. Quito (Ecuador).*

El autor revisa el concepto de proyección psíquica desde su introducción, valoración y revaloración por Freud, hasta nuestros días, resumiendo las ideas y opiniones de los autores de más relieve mundial que han abordado el tema (Bellak, Catell, Rapaport, Beck, Piotrowski, etc.), sin, naturalmente, dejar de consignar las suyas, donde expresa la complejidad de las respuestas de toda proyección o test o estudio psíquico de un determinado individuo que no solamente refleja las propias incidencias recibidas, sino que las deforma y retransmite alteradas, según las estructuras psicológicas de su personalidad.

Comenta de una manera especial y más detallada los trabajos de Mme. Orr sobre las degradaciones y desvitalizaciones a las respuestas del método de Rorschach, que clasifica en once categorías, y con esta base emprende investigaciones similares sobre delincuentes comprendidos entre 21 y 45 años que subdivide en tres grupos, según que su delito haya consistido en robo, homicidio ocasional o se trata de homicidas reincidentes.

Llega a la conclusión de que en muchos delincuentes destaca la falta primitiva de una relación afectiva entre madre e hijo, juntamente con el defecto de identificación de sí mismo en la formación de la personalidad, anotando la acentuación de tales raíces en los homicidas reincidentes.—Luis del Campo.

NAJARANJO (Quito).—«La neurona y el proceso de la electrogénesis.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *vol. III, n.º 27, págs. 327-371, julio-septiembre 1959. Quito (Ecuador).*

El autor, partiendo del hecho cierto de que la neurona es capaz de generar varios tipos de potenciales eléctricos, revisa las teorías ideadas (la de permeabilidad selectiva de las membranas, coloidal y proteica) para explicar esta electrogénesis. Estudia seguidamente el llamado potencial de reposo, debido a que la superficie externa de la neurona presenta carga positiva, y la interna, negativa, variando su valor entre 50 y 120 milivoltios, que puede explicarse porque existen iones diferentes a uno y otro lado de la membrana celular; pero cabe también que se den los mismos a distintas concentraciones, hablándose en estos casos de potencial en cadena, expresando el autor, en una tabla, los valores promedios en células de distintas especies animales y plantas, dedicando interesantes comentarios a explicar la gradiente electroquímica, potencial de equilibrio y repartición iónica durante el estado de reposo.

Con numerosos diagramas y esquemas se extiende en consideraciones sobre el potencial de acción en espiga e intercambio iónico, para continuar posteriormente con el estudio del potencial de acción y metabolismo del nervio. Dedica la última parte de su interesante trabajo a precisar las bases fisiológicas en virtud de las cuales los anestésicos locales determinan una disminución y hasta supresión de la excitabilidad y conductibilidad de las fibras nerviosa.

Una relación de setenta y tres citas bibliográficas completa su aportación a los potenciales de la electrogénesis. — Luis del Campo.

PATOLOGÍA

STAGNARO, J. D.—«Etiología, patogenia, tratamiento y evolución del eczema, parálisis infantil, distonías neurovegetativas, alergia aguda y crónica, e introducción de este complejo etiopatogénico en gran cantidad de entidades clínicas.» «*La Semana Médica*», *t. 115, n.º 10, págs. 383-402, 3 septiembre 1959. Buenos Aires.*

Al tener conocimiento el autor del tratamiento del asma bronquial con sales de oro, con un 60 por ciento de curaciones, ensayó dicho tratamiento, consiguiendo un 50 por ciento de mejorías y un 10 por ciento de curaciones.

Trata a una niña asmática con tónicos generales, vitaminas y desensibilización, sin éxito. Inicia entonces un tratamiento con sales de oro en dosis de 0'0025 gramos cada tres días, consiguiendo la curación a los ciento ochenta.

Entonces elabora el siguiente concepto etiopatogénico: El bronquio enfermo y contraído no es más que una parte del cuadro asmático, puesto que hay síntomas como la hipotrofia, hipotonía, retardo del crecimiento, alergia hepática, etc., que lo acompañan, eclipsando la contracción bronquial con su disnea y falta de oxígeno los otros síntomas.

El único proceso que lleva el organismo durante toda la vida es la infección tuberculosa. En su lucha contra ella, el organismo dejaría algunas zonas semiindefensas, gastaría muchas reservas defensivas. El oro atacaría el pequeño proceso tuberculoso, que calladamente absorbe un gran número de reservas defensivas, y al reducirlo o exterminarlo, libera a gran número de éstas, que son remitidas a cubrir esas zonas semiindefensas.

De esta forma, el oro a dosis pequeñas y prolongadas curaría el asma, eczema, parálisis, mongolismo, retardos mentales, cáncer, rinitis, sinusitis, laringitis, otitis, faringitis, taxicosis, reumatsmo, y actuaría sobre la vejez prolongando la vida.—J. Rivera.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

PAUWELS, FR.—«Nuevas directivas para el tratamiento quirúrgico de la coxartrosis.» *(Directives nouvelles pour le traitement chirurgical de la coxarthrose.)* «*Revue de Chirurgie Orthopédique et Réparatrice de l'Appareil Moteur*», *t. 45, n.º 5, págs. 681-702, noviembre 1959. París.*

En un primer apartado estudia las características de los tres factores que condicionan la intensidad de la presión articular: presión estática, intermitente; tensión muscular, constante; amplitud de la superficie articular sobre la que actúan estas fuerzas.

Con el apoyo de esquemas viene a demostrar que el aumento de la presión articular está primordialmente en relación directa con la disminución de la superficie articular de contacto. Esta disminución aparece cuando hay una subluxación de la cabeza femoral, una incongruencia de las superficies articulares o una desaparición del cartílago articular.

De ello deduce que de todos los procedimientos ideados para la reducción de la presión articular, son los más eficaces los que tienden a aumentar la congruencia articular.

Continúa con un estudio analítico de las principales operaciones propuestas para el tratamiento de la coxartrosis (operación de Voss, osteotomía oblicua de Mac Murray, osteotomía valguizante de abducción y osteotomía varizante de aducción), en el que da las mejores indicaciones y resultados para las dos últimas, por ser las únicas que tienden a ampliar las superficies de contacto.

Para la elección de la técnica a emplear en cada caso, el autor hace radiografías de la articulción en tres posiciones: abducción máxima, aducción máxima y aducción intermedia. En todas ellas el miembro está en rotación interna. Si la movilidad articular es tan precaria que no permite realizar abducción y aducción suficientes, los clisés se obtienen al principio de la operación y después de practicada la tenotomía de los aductores. Con estos clisés a la vista, es fácil calcular cuál es el tipo de osteotomía que dará mejor resultado.

Termina con la presentación de una serie de casos, todos ellos tratados por osteotomía de aducción, en los que la radiografía de control a distancia pone en evidencia una neta regularización de la interlínea y una desaparición de las zonas de condensación por sobrecarga.—F. Gonzalvo Vivar.

PEDIATRÍA

MAGALHAES GÓMEZ, F. A.—«Convulsiones relámpago.» «*Jornal de Pediatría*», *de la Sociedad Brasileña de Pediatría, vol. 24, fasc. 5, mayo 1959. Río de Janeiro.*

La «convulsión relámpago» es una forma de epilepsia identificada por Herping en 1866, que fue posteriormente considerada como acceso epiléptico incompleto. Después también se le llamó convulsión fulgurante, espasmo infantil, crisis mioclónica, etc., y últimamente, como alorritmia.

Es rara después de los cinco años; su frecuencia mayor es en los dos primeros años. Se caracteriza por súbita contracción múscular, más o menos generalizada, casi simpre con flexión de tronco o de cabeza, flexión y abducción de los miembros.

Accesos simples o consecutivos, de pocos segundos; pueden consistir en temblores generalizados.

A veces, raras remisiones con duración de semanas o meses. A veces, el rostro palidece; otras veces hay cianosis, sudores, midriasis, nistagmo, expresiones de miedo, risa o facies de careta.

El alto voltaje y las ondas en espículas de toda la corteza cerebral es bastante característico en el electroencéfalograma.

Tienden a desaparecer entre los tres y cinco años. Hay casos rarísimos que persisten hasta los ocho años. Pero en la mayoría de los casos se observan secuelas psíquicas y neurológicas graves.

Se confunde con el espasmo nutans o pequeño mal, la epilepsia mioclónica familiar, cólico intestinal o reflejo de Moro.

Destaca el autor la posibilidad, mantenida por algunos autores, de la vacunación trivalente como factor desencadenante, y el papel que el edema cerebral pueda desempeñar en las convulsiones relámpago.

Fracasan los anticonvulsivos, la dieta cetógena parece influir favorablemente en el tratamiento, y la recomienda con el trata-

miento córticosteroide como tratamiento de experimentación.

También la hormona paratiroidea favorecería la curación del edema cerebral, y con él, la cesación de los ataques.—MALLÓU.

CASTRO BERROETA, R.; BELTRÁN, M., y PÉREZ GUANIPA, E. — «HIDRATACIÓN EXCLUSIVA POR VÍA DIGESTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DIGESTO-NUTRITIVOS AGUDOS DEL LACTANTE.» *«Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría», volumen XXI, n.º 60, julio-septiembre 1958. Caracas.*

Se trata de un interesante trabajo premiado en las «III Jornadas Nacionales de Puericultura y Pediatría» de Maracaibo, en 1956.

Se recoge sólo el resumen del referido trabajo y sus conclusiones.

El esquema del tratamiento consiste en:

Primeras veinticuatro horas:

1) Inyectar al niño, al ingreso, 3 a 5 miligramos de Largactil y Fenergán vi. im. por kilogramo de peso y como dosis única.

2) Media hora después, introducir una sonda naso-gástrica.

3) Colocar al niño semisentado.

4) Calcular unos 200 c. c. por kilo las necesidades hídricas de las primeras veinticuatro horas, repartidas así:

a) Solución de lactato de sodio M/6, preparada en suero glucosado al 5 por ciento, a razón de 50 c. c. por kilo.

b) Suero glucosado al 5 por ciento, a razón de 150 c. c. por kilo, con adición de potasio, a razón de 10 mEq/k.

5) Repartir la totalidad de los líquidos calculados en un gota a gota continuo y uniforme durante veinticuatro horas.

6) Usar las siguientes combinaciones de antibióticos y quimioterápicos: cloranfenicol, 80 mg. por kilo y día; sulfadiazina, con o sin penicilina, 0'30 g. por kilo y día; terramicina, 100 mg. por kilo y día.

7) Terapia coadyuvante: complejo B, un c. c. i. m. c/veinticuatro horas; vitamina C, 100 mg. i. m. c/veinticuatro horas; vitamina K, 5 mg. i. m. c/ veinticuatro horas. Oxígeno: S. O. S.

No usar analépticos ni extractos suprarrenales.

Segundo día de tratamiento:

1) Dejar el tubo de plástico «in situ».

2) Calcular en 180 c. c. por kilo las necesidades hídricas, repartidas en:

a) Suero glucosado al 5 por ciento, a razón de 150 c. c. por kilo, con adición de potasio a razón de 5 mEq por kilo.

b) Babeurre al 10 por ciento (si el lactante es menor de seis meses) o Marriot al 10-15 por ciento (si es mayor de seis meses), a razón de 30 c. c. por kilo, administradas cada tres horas.

3) Seguir las mismas medidas terapéuticas generales.

Tercer día de tratamiento:

1) Retirar el tubo de plástico.

2) Calcular en 150 c. c. por kilo y día las necesidades hidrícas orales, repartidas:

a) Suero glucosado al 5 por ciento, a razón de 100 c. c. por kilo, con adición de potasio a razón de 5 mEq por kilo, administrando durante veinticuatro horas cada treinta a sesenta minutos, en los intervalos de los biberones.

b) Babeurre o Marriot, a razón de 50 c. c. por kilo, cada cuatro horas.

3) Seguir lo mismo con la terapia general.

Consideran el método esencialmente práctico y económico, por lo que lo dan a conocer como de gran interés par ala salud pública.—MALLÓU.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960
SOCIEDADES Y ACADEMIAS

ESCUELA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA «GALLART MONÉS»

SERVICIO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, DE BARCELONA

SESIONES DE LOS DÍAS 9 Y 16 DE ABRIL DE 1959

GALLART-ESQUERDO, A. — «TRATAMIENTO DE ALGUNAS PARASITOSIS INTESTINALES.»

1. *Ascaridiosis.*—El medicamento de elección en la actualidad es la dietilendiamina o piperazina. En los adultos utilizamos el *adpato de dietilendiamina*, en comprimidos de 0'50 gramos, y en los niños, el jarabe de exahidrato de dietilendiamina al 10 por ciento. La cantidad de principio activo contenida en un comprimido es igual a la que contiene una cucharada pequeña de jarabe. A los adolescentes y los adultos les administramos tres comprimidos, dos veces al día, durante una semana, y al final de la cura, un purgante salino. A los siete o diez días de terminado el tratamiento acostumbramos prescribirles una nueva cura igual a la primera. En los niños de siete a catorce años seguimos la misma norma, pero sólo les administramos dos comprimidos por toma o dos cucharadas pequeñas de jarabe, y en los de dos a siete años, únicamente una cucharadita de jarabe por toma.

2. *Tricicefalosis.*—De los diversos medicamentos ensayados, el que mejores resultados nos proporcionó, sin ser de efectos, ni con mucho, constantes, fue el timol. Del empleo de la piperazina, hexilresorcinol, la leche de higuerón y la ditiazamida, tenemos muy poca experiencia.

3. *Teniasis.*—Con el extracto etéreo del helecho macho recién preparado, hemos obtenido casi siempre la expulsión de la *tenia saginata*, que es la más frecuente entre nosotros.

Desde hace unos años recurrimos sistemáticamente a la Atebrina, que en los diecisiete casos que la hemos utilizado (quince de *tenia saginata* y dos de *tenia solium*) nos proporcionó siempre la curación.

4. *Oxiurosis.*—En la actualidad recurrimos siempre a la piperazina en comprimidos o en jarabe, siguiendo la misma pauta que hemos expuesto a propósito del tratamiento de la ascaridiosis. Además, para evitar en lo posible la reinfestación, recomendamos las medidas higiénicas de todos conocidas.

5. *Giardiasis.*—Los mejores resultados los hemos obtenido con la atebrina o quinacrina, administrada a la dosis de 0'30 gramos al día, para los adultos y los niños de más de diez años, y de 0'10 a 0'20 gramos al día para los niños cuya edad está comprendida entre los tres y los diez años, durante cinco días consecutivos. Aunque un solo tratamiento puede proporcionar la curación, en la mayoría de los casos debe repetirse aquél pasados de siete a diez días. No tenemos experiencia personal del Acranil.

SESIÓN DEL DÍA 30 DE ABRIL DE 1959

BARBERÁ VOLTAS, J.—«A PROPÓSITO DE LA RESPUESTA PSICOSOMÁTICA EN APARATO DIGESTIVO.»

Se llama la atención sobre un grupo abundante de enfermos que acuden a la consulta del digestólogo afectos de trastornos funcionales consecutivos a continuados o accidentales traumas emocionales, que, ignorados por el médico, motivan lamentables errores diagnósticos y terapéuticos. A este propósito se expone la historia clínica de una enferma que, vista por varios médicos, fue diagnosticada por cada uno de ellos de enfermedades diferentes, pasando inadvertida la problemática emocional determinante y mantenedora de sus trastornos funcionales del aparato digestivo. En el caso presentado, de abultada pero superficial conflictiva emocional, fue suficiente el simple ofrecimiento y puesta en marcha de una humana y cordial protección, para obtener la rápida remisión de la sintomatología funcional y la espectacular recuperación de la enferma.

Refiere que, además de tales enfermos con alteraciones psíquicas fácilmente asequibles al médico internista, también los hay de más profundo engranaje psiconeurótico, debiendo estos casos ser entregados a un psicólogo competente, del mismo modo que ponemos

en manos de un cirujano hábil los enfermos de perforación gástrica, oclusión intestinal, apendicitis, etc. Subraya el gran desarrollo que en la Medicina contemporánea ha alcanzado la psicopatología y la decisiva utilidad de sus conocimientos en la práctica médica diaria, insistiendo sobre la necesidad del médico en familiarizarse con la noción de la totalidad y unicidad del organismo para mejor comprender y curar al enfermo.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA. BARCELONA.

Reuniones del Cuerpo Facultativo

Sesión del día 8 de enero de 1960

CANTENYS CERVERA, J.—«Cáncer de tiroides. Resultado de su tratamiento con isótopos radiactivos.»

Las últimas estadísticas demuestran un aumento de la frecuencia del cáncer del tiroides. Este aumento es real y también ficticio, ya que en la actualidad su diagnóstico se hace mejor y que el promedio de vida se ha alargado. Entre las causas que predisponen al cáncer tiroideo se señala como principal la presencia de un bocio anterior.

Se acepta que es más frecuente en las mujeres y que es el cáncer epitelial que más se da en personas jóvenes.

El diagnóstico se hace muy difícil en los comienzos de la enfermedad, y relativamente fácil en los períodos de estado, por la sintomatología de induración, dolor y compresión en el cuello.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con todas las enfermedades del cuello y tiroides: enfermedad de Riedel, de Hashimoto, sífilis, actinomicosis, tuberculosis, etc., y en especial con el bocio nodular. Se insiste en la necesidad de explorar periódicamente a los enfermos con bocio.

Se hace un breve estudio anatomo-patológioc de los diferentes tipos de cáncer del tiroides.

Para el tratamiento hay que practicar una curva trazadora de fijación al yodo radiactivo. Si fija yodo, la terapéutica con el isótopo será la indicada. Si no fija yodo en una proporción adecuada (que es lo que suele ocurrir más frecuentemente), se recurre a varios métodos para aumentar la apetencia por el I^{131}. Todo cáncer de tiroides operable se debe extirpar, e incluso en los no operables hay que intentar extirpar la mayor cantidad de tejido canceroso y tejido sano para ahorrar trabajo al radioyodo dado posteriormente en plan terapéutico. En los no operables debe intentarse la radioeliminación de la función tiroidea mediante la telecobaltoterapia, la radioterapia y, principalmente, con el yodo radiactivo a dosis altas y espaciadas, para combatir la sucesiva aparición de metástasis, ya que generalmente estas metástasis son las que tienen más apetencia por el radioyodo. Del estudio minucioso de cada caso particular, sacaremos la norma terapéutica a seguir; la lectura de unas historias clínicas de enfermos vistos en el Departamento Clínico de Isótodos Radiactivos confirma lo dicho anteriormente.

Los resultados vienen dados por un crecido número de estadísticas que se citan y exponen. De las diferentes técnicas de tratamiento (cirugía sola, radioeliminación, radio-cirugía), la de la unión radioyodo-cirugía es la de mejores resultados, con supervivencias de un 50 por ciento a los cinco años.

BRACONS HUGUET, R.—«Consideraciones sobre la anamnesis en clínica geriátrica.»

La anamnesis es la fuente informativa más importante (estado actual de salud, edad real y aparente, conducta de un paciente, etc.), que tiene en la clínica geriátrica sus peculiaridades a considerar. Ante un enfermo, en geriatría, todas las partes de una historia clínica deben ser aclaradas, en cuanto a detalle y sucesión. Precisa de paciencia, tiempo y mucha constancia. También es importante saber la opinión del propio enfermo, que puede ser equivocada; pero al exponernos las razones en que se funda su opinión, puede sernos útil.

Es importante conocer el pasado clínico del paciente. La relación de las enfermedades habidas, edad del episodio, intensidad del mismo, duración, recaídas posibles, así como los tratamientos efectuados y las intolerancias medicamentosas. Debe hacerse historia clínica retrospectiva completa. La anamnesis debe incluir la historia profesional, educación e historia matrimonial, y también la llamada historia geográfica, lugares en que ha vivido el paciente, para tener en cuenta la adaptación, así como sus riesgos específicos, el sueño y sus formas, los hábitos tales como el del trabajo, juego, relajación, tedio, empleo del tiempo libre, son importantes, y lo son también la insatisfacción, la inadaptación al medio ambiente familiar, y todos pueden ser causa de enfermedades (la hipertensión, obesidad, neurosis de angustia, etcétera). La historia familiar es muy útil, pero difícil de valorar por lo inexacta que resulta y a veces errónea. No debe limitarse a enfermedades y a la muerte de abuelos, padres, hermanos, sino a enfermedades cuya transmisión hereditaria está comprobada, tales como la jaqueca, gota, sífilis, etc.

Resumiendo: los elementos necesarios para una buena, también eficaz anamnesis en Geriatría, son: 1.º Paciencia. 2.º Comprensión de los cambios físicos y psicológicos en la senectud. 3.º Conciencia de la importancia de los detalles y de las últimas desviaciones del óptimo. 4.º Atención constante a la multiplicidad de los factores etiológicos; y 5.º Apreciación plena de que el objetivo en Geriatría es más importante que el descubrimiento de la enfermedad en sí.

VALLET ARMENGOL, F. J.—«Síndrome de Cushing curado por intervención.»

Se presenta una enferma afecta de síndrome de Cushing de tipo progresivo, cual desencadenamiento del cuadro patológico, se inicia con el embarazo de su hijo.

Presenta un síndrome de Cushing típico, con toda la sintomatología clínica florida: cara de luna llena, veteado en abdomen, región alta de los muslos y en regiones axilares; ósteoporosis difusa con dolores reumatoideos, discreta hiperglucemia, hipertricosis, acné, hipertensión arterial, amiotrofia, amenorrea, caída del cabello. No presenta signos de virilización.

Los primeros síntomas que llamaron la atención a la enferma fueron el engrosamiento de tipo suprarrenal, así como una galactorrea intensa durante la lactancia de su hijo, que dice llega a regar los colchones de la cama.

A los dos años de inicio de su sintomatología, nota redondez de su cara. Posteriormente se instaura amenorrea e inicia su cuadro urológico con intensos cólicos renales, que le llevan a la anuria por dos veces consecutivas, siendo en su tercera anuria cuando es vista por nosotros, quienes, en contra de otras opiniones y en vista de la gravedad del caso, no dudamos en aconsejar la intervención, con extracción de un gran cálculo renal derecho de un peso de 4'80 gramos. Junto al polo del riñón derecho se halla una masa amarillenta del tamaño de una castaña, que se extirpa. Su diagnóstico anatómico es el de un adenoma de la corteza suprarrenal, sin signos de malignidad.

A los quince días de la intervención es dada de alta, tras un curso postoperatorio normal. Al mes y medio nota la desaparición de los primeros síntomas de su cuadro Cushing con la desaparición de su vello facial. Su tensión arterial, que era de 18 de máxima, desciende durante la intervención a 10, para mantenerse posteriormente a 12, cifra que conserva en la actualidad. Van regresando todos los síntomas. Se interviene su riñón izquierdo y se extraen los dos cálculos que daban lugar a una anuria secretoria de este riñón. Curso postoperatorio normal. En la actualidad se halla completamente restablecida demostrando una pielografía descendente posterior, normalidad total de su función renal.

Esta enferma, cuando fue vista por nosotros, presentaba serias dificultades para llegar a un diagnóstico etiológico. El síndrome de Cushing era evidente, pero todos sus trastornos quedaban centrados alrededor de su cuadro urológico. Por el solo hecho de su síndrome de Cushing, su cuadro clínico orientaba más hacia el diagnóstico de basofilismo hipofisario que de tumor suprarrenal, puesto que no existía virilismo. Su cuadro biológico no daba ninguna luz, toda vez que sus cifras de 17-cetosteroides variaban de un día a otro y las cantidades de orina recogidas eran variables. El retropneumoperitoneo fue desaconsejado, por la posibilidad de producir reflejos que agravaran el cuadro urológico. La intervención, no dirigida a la suprarrenal, sino a su cálculo renal, permitió explorar la suprarrenal y precisamente sobre la que recaía el adenoma, cuya extirpación dio lugar a la curación de la enferma.

ALIER OCHOA, A., y CERCÓS GARCÍA, J. «Artrodesis en las artropatías neuropáticas.»

Las artropatías neuropáticas, con sus secuelas de deformidades e incapacidad progresiva, pueden ser tributarias de la cirugía, que se ha mostrado muy superior a los tratamientos médicos y ortopédicos utilizados.

Se presentan en esta comunicación dos casos de artropatías neuropáticas de cuyo estudio se desprende la importancia de la precocidad en el tratamiento quirúrgico.

Se aconseja la resección articular, seguida de artrodesis por compresión.

LLOVERA GRASES, J. — «Coloboma del cristalino.»

Coloboma del cristalino es la palabra con que ha sido designada un muesca de esta lente en cualquier punto de su borde.

Los más frecuentes se encuentran en su parte inferior y, en la mayoría de las veces, acompañados de colobomas del iris.

Para poderlos observar precisa una midriasis intensa y algunas veces se descubren por sorpresa en el curso de una esquiascopia.

La biomicroscopia lo pone bien en claro y evita errores de diagnóstico.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 407 - TOMO LXIX
FEBRERO 1960
SECCIÓN VARIA

LA PRENSA MÉDICA, SU FUNCIÓN Y ALCANCE

POR EL

DR. RICARDO HORNO LIRIA

ACADÉMICO NUMERARIO

ZARAGOZA

I

«Quienes ignoran lo que ha ocurrido en el mundo antes de que nacieran, son siempre como niños.»
Cicerón, De Oratore, XXXIV.

ORÍGENES E HISTORIA DEL PERIODISMO MÉDICO

No puede hablarse de *periodismo*, como indica su nombre, mientras no se establece la aparición a fecha fija (esto es, con periodicidad) de las hojas impresas portadoras de avisos o noticias.

La historia del periodismo no se puede desglosar de la historia de la civilización en los últimos siglos.

No ya la invención de la imprenta, sino los descubrimientos geográficos y las conquistas guerreras, los viajes y las exploraciones, la organización de los correos, los progresos de la navegación, el ferrocarril, el telégrafo, el cable submarino, la aviación, etc., etc., han tenido su parte —como dice Centeno— en la difusión y evolución del periodismo.

Hay que contar también con el impulso dado en las distintas naciones a la instrucción pública, que multiplica el número de lectores, y las diversas curvas de evolución de la política, ya con la expansión de las democracias, que favorecen la libertad y difusión de la Prensa, ya con la implantación de los regímenes autárquicos, que ponen este organismo al servicio de los intereses del Estado.

Primeros esbozos.—Papiros, escritos bíblicos, manuscritos, tablillas, libros, hojas a la mano, hojas de aviso, tales son el antecedente lejano de la Prensa.

En las más remotas épocas, cuando aún no se había inventado la imprenta, ni tampoco los actuales medios de difusión de noticias, había costumbres que reemplazaban esa falta. Los autores clásicos nos dicen que en la antigua Grecia los pórticos de las academias, gimnasios y baños públicos eran lugares de reunión y de tertulia, donde acudían los ciudadanos libres para enterarse de los sucesos más recientes, como si dijéramos la crónica del día. Y allí se hablaba de política, de paz,

Discurso pronunciado en la Sesión inaugural del curso de la Real Academia de Medicina, el 31 de enero de 1960.

de guerra, de cosechas, de filosofía, de Medicina, de deportes y de modas. En Roma, eran las barberías —y en muchos pueblos españoles continúan siéndolo todavía— verdaderos centros de información.

Noticias manuscritas.—Las noticias y avisos manuscritos llegaron a su máximo apogeo en Alemania y sobre todo en Italia durante los siglos XV y XVI.

Los Fugger, opulentos banqueros de Augsburgo, organizaron un «servicio de noticias» propio, que hoy se halla recogido en veintisiete volúmenes de la Biblioteca Nacional de Viena, y casi otros tantos de la Vaticana, e incluye noticias de Colonia, Hamburgo, Ratisbona, Viena, Madrid, Valladolid, Toledo, Lisboa, París, Londres, Bruselas, Amberes e incluso de Vilna, Varsovia y Constantinopla. No son ya cartas, sino «gacetas de las cosas que ocurren», con noticias *recopiladas* y *extractadas* por la agencia veneciana, ni más ni menos que en la prensa actual.

Pero sólo en el siglo XV, en la República de Venecia, se dio forma inicial, y por tanto burda, al periodismo. La aglomeración de las gentes que acudían a la llegada de sus escuadras y buques mercantes, ávidas de noticias, dio lugar a la necesidad de escribirlas en unos papeles, por cuya lectura se pagaba una ínfima moneda llamada «gazzetta», y de aquí resultó que a los mismos papeles de noticias se les llegase a llamar más adelante «gacetas». Contenían aquellas hojas iniciales del periodismo noticias de batallas, muertes de príncipes, naufragios, sucesos importantes, precios de mercancías, etc., etc.

Primeras hojas impresas.—El primer gran impulso lo constituye, naturalmente, la invención de la imprenta por Gutenberg, hacia 1440.

Mucho tiempo después del invento, las hojas manuscritas seguían corriendo aún de mano en mano, paralelamente a los primeros ensayos de las hojas impresas. Estas hojas iban destinadas principalmente al gran público, y los impresores —cuya clientela para trabajos más serios era muy limitada— las sacaban a luz siempre que un hecho sensacional les brindaba tema para ellas. Su aparición no era periódica, sino esporádica, y más que periódicos, se parecían a los pliegos de «aleluyas» o «romances» de ciego que muchos aún conocimos en nuestra infancia.

Primeros periódicos.—La periodicidad de la hoja impresa, que había de llegar a ser diaria, empezó por ser *anual.* Los primeros periódicos fueron «los almanaques». A esto siguieron las apariciones mensuales; el tránsito a las gacetas semanales fue rápido, y esta modalidad la más duradera, sin duda por coincidir con el movimiento de los correos que salían de las ciudades importantes una vez por semana.

La «Gazette» y el «Journal».—Todos los países, paralelamente, quieren tener gacetas propias, pero es en París, en 1631, cuando finalmente hace su aparición la primera verdadera *Gazette* escrita y editada por Renaudot, escritor y viajero.

Corresponde a este médico de Montpellier, Teofrasto Renaudot —que por el año 1630 vivía en París—, el mérito de ser considerado como el verdadero fundador del periodismo profesional, en la forma que hoy lo conocemos.

Renaudot poseía un gran sentido de la propaganda y organizó en Francia el Monte de Piedad. El Padre José (la Eminencia Gris), lo recomendó al Cardenal de Richelieu, quien lo introdujo en la Corte de Francia.

Sin ambages declaraba Renaudot que su *Gazette* —publicada semanalmente— era el «periódico de los reyes y de las grandes potencias de la tierra..., pero que

todos cuantos lo leyeren, gentilhombres, soldados o mercaderes, iban a hallar en él algún provecho...».

En efecto, aunque en realidad como periódico de la corte, sea la *Gazette* un periódico oficial, todos quieren leerlo, en unánime avidez de noticias. El propio Renaudot nos cuenta que «al ponerse a la venta, las gentes arrancan de manos de los vendedores las *Gazettes,* húmedas todavía de la tinta de impresión». Más adelante este periódico se llamará *Gazette de France* y —claro está que a través de mil vicisitudes— vivirá hasta 1915, en donde se hunde y desaparece en plena Guerra Mundial.

Pese a la profesión de su fundador, la gaceta de Renaudot no era, como hemos visto, una revista médica, sino una hoja informativa, pero iniciada la prensa, pronto comienza a tener manifestaciones médicas.

En aquella época —comienzos del siglo XVI—, los hombres de ciencia trataban de comunicar los resultados de sus estudios y de sus investigaciones experimentales, mediante correspondencia privada entre ellos o mediante comunicaciones a las sociedades científicas de que formaban parte; esto, naturalmente, constituía una puerta limitada, dependiendo en gran parte de los conocimientos personales entre los diversos aficionados a la Ciencia y también de su mayor o menor vecindad. De aquí surgió la necesidad de imprimir una publicación que llevase, a intervalos regulares, las noticias y los resultados de las experiencias y de los estudios de la mayoría de los investigadores y científicos de la época.

El periodismo en Francia.—El 5 de enero de 1665, bajo el reinado de Luis XIV, por iniciativa de Denis de Salle, miembro del Parlamento de París y amigo del ministro Colbert, vio la luz el «*Journal des Savants*», del cual se publicaron once volúmenes.

Recordaremos que en 1666 fue fundada la «*Academie des Sciences*» y sus miembros recibían del Rey unos emolumentos fijos para dedicar todo su tiempo a la investigación científica. Los resultados eran publicados en el «*Journal des Savants*», el cual puede considerarse como el primer periódico científico. El primer periódico médico se cree que fue el titulado «*Nouvelles dècouvertes sur toutes les parties de la Medecine*», de aparición mensual y publicado por Nicolas du Blegny, en 1679.

Su difusión entre los científicos fue grande, lo que demuestra que se sentía la necesidad de una publicación así; e inmediatamente fue traducida al latín y al alemán. Al comienzo del siglo XVIII, París se convierte en el centro de la cultura y de la enseñanza médica. Con la colaboración de los grandes clínicos de la época se fundaron nuevas revistas médicas de gran valor, en particular aquellas a cuyo frente figuraba la Facultad de Medicina de París.

La actividad científica fue tan grande, que hacia la mitad del siglo XVIII eran 31 las asociaciones médicas y científicas de Francia; en París, cada distrito tenía su propia asociación, siendo la más famosa la «*Academie de Chirurgie*».

El periodismo médico en Italia.—La prensa comenzó a tener manifestaciones médicas en Italia con el «*Giornali dei Letterati*», del abate Nazari, en Roma; el «*Giornale Venetto de Leteratti*», del doctor Moretti, en Venecia, y la «*Biblioteca Volante*», del doctor Calvoli, en Florencia, todos ellos por los años de 1670. Siguieron otros análogos en Parma y Venecia, hasta que en 1709 se fundó en Padua

el periódico más famoso: «*Il Giornale dei Letterati d'Italia*», en el cual colaboró ampliamente Morgagni.

Pero el primer periódico italiano de carácter estrictamente médico fue el «*Giornale di Medicina*», publicado en 1763, en Venecia, por Orteschi, que logró fama muy merecida, dedicando su primer número a Haller, el segundo a Morgagni y el tercero a Van Swieten.

Tras él surgieron otros en Parma, Milán, Padua, hasta que en 1806 nace el «*Giornale della Societá Medico-Chirurgica di Parma*» que ocupó un puesto de primer orden en la literatura médica italiana.

Hoy forman legión sus revistas y periódicos médicos, entre los que descuellan por su importancia y tirada los del grupo editorial «Capelli», en Bologna, y los de la empresa editora «Minerva», en Turín, así como otros núcleos de prensa importantes en Milán, Roma y Nápoles.

La prensa médica en Alemania.—La Real Academia de Berlín fue fundada en 1700, la de Göttingen, en 1751, y la de Munich, en 1759.

En la historia del periodismo médico alemán hay que señalar que en la primera mitad del siglo XIX aparecieron numerosas publicaciones semanales, quincenales y mensuales; cada escuela tenía su periódico, del cual se servía para difundir sus ideas y la dirección de sus estudios. Si bien eran publicaciones de carácter nacional, su predominio era regional y se limitaban a noticias locales.

El número de tales revistas fue tan grande que, en 1860, se calculaba que Alemania publicaba un número de periódicos científicos y de Actas de Academias científicas, superior a los de todas las naciones civilizadas juntas.

Los periódicos médicos en Inglaterra.—En junio de 1864 aparece el primer periódico inglés con el nombre de «*Medicina curiosa*» en un pequeño formato de cuarto menor y fascículos de 56 páginas, pero después de un par de números se suspendió la publicación; este periódico estaba copiado del «*Journal de Medecine*», de París, aparecido también en aquella época.

Es curioso señalar que en aquel tiempo los periódicos científicos y médicos tenían una vida muy corta y los editores estimaban conveniente cambiar a menudo el título de su publicación, porque esto contribuía, según ellos, a mantener vivo el interés de los lectores. Por ejemplo, el «*London Medical Journal*» se convirtió en una primera época en «*Medical Facts and Observations*» y después en el «*Medical and Physical Journal*». Otra característica de la época es que casi todas estas revistas eran traducidas a otras lenguas, como si se tratara de libros, y se imprimían de nuevo en cada idioma. El estilo de los artículos era más bien popular que estrictamente científico, con objeto de hacer el texto fácil y comprensible y aumentar así la difusión de las revistas. Un lenguaje más científico se encontraba en las publicaciones de las Asociaciones o de la Academia y también en los opúsculos («pamphlets») impresos por los autores a sus expensas.

Habiéndose constituído en 1737 una asociación médica en Edimburgo, ciudad que merced a Alexander Monro poseía un centro médico de notable importancia, más tarde, en 1752, bajo el impulso del famoso médico William Hunter, se creó una asociación médica de siete miembros, que publicó seis volúmenes de actas con el título «*Medical Observations and Inquiries*», y se cree que esta es la primera Asociación médica que publicó sus Actas.

En Inglaterra el primer periódico médico con base sólida fue el «*Medical an Physical Journal of London*», que ya hemos mencionado. Esto sucedía en 1799, y entre sus primeros directores figuró el doctor Roderick Mac Leod. Este periódico publicaba trabajos de Medicina, Cirugía, Farmacia, Química y Ciencias naturales. Contemporáneamente surgió la «*Medical and Chirurgical Review*». Estos dos fueron los únicos periódicos ingleses de cierto valor hasta que en 1823 Thomas Wakley fundó la más conocida y popular revista del mundo: «*The Lancet*». Con esta publicación se abre una nueva era en la historia del periodismo médico. Mientras hasta entonces el objeto de las revistas no era otro que difundir los conocimientos médicos, el «*Lancet*» prefiere convertirse en el órgano de la profesión médica, tratando de sus problemas culturales, prácticos y deontológicos y combatiendo los abusos e injusticias que entonces prevalecían. En 1884 la revista, que tenía una periodicidad semanal, modificó su formato y se convirtió en un modelo al cual se han ajustado todas las publicaciones médicas que le han seguido en el Imperio inglés y en Norteamérica.

Entre las publicaciones de asociaciones científicas, la más autorizada era la de la «*Royal Society of London*». Otros periódicos que surgieron en diversas ciudades de provincias en la primera mitad del siglo XIX, tuvieron escasa fortuna.

El periodismo médico en los Estados Unidos de Norteamérica.—Durante la epidemia de viruela que sufrió Boston por los años 1677-78, un pastor protestante, el doctor Thomas Thacher, recopiló los manifiestos murales que contenían normas higiénicas para los habitantes, y otros religiosos inspiraron o recopilaron también algunos opúsculos a favor o en contra de la «inoculación» preventiva para combatir la viruela. Son estos los primeros ejemplares de literatura médica en Norteamérica después de su independencia, y es curioso señalar cómo las personalidades religiosas eran favorables y defendían la «inoculación», mientras que los médicos eran contrarios y se oponían.

Anteriormente a sus luchas por la independencia, vieron la luz un libro de materia médica («Every Man His Own Doctor», de John Tennent) y otro de cirugía de guerra, escrito por John Jones.

Los primeros auténticos periódicos médicos publicados en los Estados Unidos eran inspiración y reflejo de la Facultad de Medicina, teniendo como redactores y compiladores a su mismo profesorado. En 1797, en New York, inició su publicación «*The Medical Repository*», de aparición trimestral; sus promotores fueron el doctor Elioth H. Smith; el doctor Edward Miller, de la Universidad de Pennsylvania, y el doctor Samuel L. Mittchell, profesor del Columbia College. Esta publicación cesó en 1824.

Después de New York, Filadelfia. Allí, en 1804, surge la obra del doctor John Redman con el «*Philadelphia Medical Museum*» que alcanzó rápidamente mucho éxito. El mejor periódico médico de la época puede considerarse al «*Philadelphia Journal of the Medical and Physical Sciences*», fundado por Nathaniel Chapman; años después, bajo la dirección de Isaac Hays, cambió de nombre y se convirtió en el «*American Journal of the Medical Sciences*», que todavía hoy existe y goza de una posición preeminente en el periodismo médico americano. Fueron introducidos en esta revista nuevos métodos de trabajo editorial, asegurándose la colaboración de científicos de otras naciones y estableciendo el envío regular de artículos e información.

Con la aparición del «*Journal of the American Medical Association*» (J.A.M.A.) se aprecia un cambio notable en el sistema de publicación de las relaciones que anualmente editaban diversas Asociaciones médicas. En 1883 la «*American Medical Association*» inició la publicación de sus *Actas* en una revista semanal, y su ejemplo fue imitado por las diversas Asociaciones médicas regionales. Se llega así a la creación de los boletines y, después, de las revistas, en varios estados de la Confederación, como órganos de prensa de las mismas Sociedades, publicados con objeto de difundir los resultados de las investigaciones médicas y tratar de los asuntos profesionales que interesen a las Asociaciones médicas de diversos Estados.

Con el progreso de la moderna literatura médica se llega a la creación de las revistas de cada una de las especialidades; y en cada una de estas revistas se va dedicando un espacio cada vez mayor a los extractos y resúmenes de las publicaciones impresas en todo el mundo.

Primeros periódicos españoles.—En sus orígenes, la prensa española deriva de la italiana y de la francesa.

El primer periódico médico que se conoce en España apareció en Madrid, con el nombre de «*Efemérides barométrico matritenses*», editado por la «*Academia de Medicina y Cirugía*» —hoy Real Academia Nacional—, al que se concedió carácter oficial por decreto de 1734, y constaba de varias páginas en 4.º (nunca menos de ocho), tiradas en la Imprenta Real. Contenía el periódico no sólo observaciones médicas, sino otras meteorológicas, siendo sus primeros directores el doctor Fernández Navarrete, luego don Alejandro M. Argandona y, más tarde, don José y don Arcadio Ortega, imprimiéndose todos los meses desde su fundación.

Diez periódicos más nacieron en el siglo XVIII, cifra harto elocuente, pues según los datos que tengo a la vista sólo se publicaron entonces, en todo el mundo, otros diez o doce. Es decir, que España, con once o doce millones de habitantes, igualó entonces en vitalidad periodística al resto del mundo con varios centenares de millones de hombres.

A señalar este dato me mueve el deseo de procurar que los progresos de la prensa médica española sean un poco mejor conocidos y estimados que hasta el presente.

En la historia periodística profesional, quien pretenda conocerla y consultarla con fruto, para tener noticia exacta de su cronología, habrá de recurrir a la labor meritísima y concienzuda de una destacada figura de la prensa profesional de fines del siglo XIX, la del doctor Francisco Méndez Alvaro, destacado patriarca de las generaciones que nos precedieron, quien catalogó, hasta 1882, trescientas cuarenta y una publicaciones médicas periódicas, consignando que en muchos países la aparición de publicaciones médicas ha sido posterior a la de las españolas.

Sólo en Francia ha existido un periódico médico moderno, anterior al primero español, sin que le llevara de fecha más que cincuenta y cinco años. Todos los demás que figuran en los resúmenes históricos de la prensa, incluídos en el Libro de Actas del Primer Congreso Internacional de aquélla, en París, en 1900, son posteriores.

Sería aburrido y monótono seguir paso a paso la evolución progresiva de la prensa médica en su última etapa, pero señalaré algunas publicaciones dignas de ser destacadas:

En 1834, la «*Gaceta Médica*», de Méndez Alvaro, que se refundió con el veterano cincuentón «*El Siglo Médico*», redactado por los doctores Cortezo, Pulido y Serret.

En 1835, «*Biblioteca Médica Física*» (Zaragoza), por el doctor Balseiro, que fue el primer periódico médico que se publicó en Aragón.

En 1845, «*La Facultad*», dirigido por el gran médico legista don Pedro Mata.

Por el año 1856, «*La Unión Médica de Aragón*», semanario de Medicina, Cirugía, Farmacia y Ciencias auxiliares que constituía el periódico oficial de esta Academia de Medicina y Cirugía de Zaragoza, de la Quirúrgica Cesaraugustana y del Instituto Farmacéutico Aragonés, y que se imprimía en los talleres y librería de Bedera, en el número 18 de la Calle Nueva del Mercado.

En 1874, «*Anales de la Sociedad Ginecológica Española*», de Madrid, que fue la primera de la Sociedades médicas especializadas que publicó sus Actas.

En 1877, los «*Anales de Ciencias Médicas*», que iniciaron una nueva época en la forma e importancia del periodismo médico español, con los doctores Simonena, Tolosa Latour y Ustáriz.

En ese mismo año 1877, la «*Revista de Medicina y Cirugía prácticas*», dirigida por el doctor Ulecia, y que contribuyó también a la transformación progresiva y provechosa de la prensa científica, siendo uno de los periódicos más estimados entonces.

También por esas fechas de 1877, «*La Gaceta Médica*», de Cataluña, que se transformó más tarde en «*Gaceta Médica Catalana*», bajo la dirección del entonces Rector de la Universidad doctor Rodríguez Méndez.

Otra publicación mensual que alcanzó gran predicamento por su notable contenido fue la «*Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas*», publicada y dirigida por el doctor don Federico Rubio y Galí, iniciada en Madrid en 1899 y que persistió hasta 1910.

Ya al comienzo de siglo, en 1902, se inicia en Zaragoza una gran revista, «*La Clínica Moderna*», publicada bajo la dirección de los doctores Royo Villanova, don Pedro Ramón y Cajal y don Ricardo Lozano Monzón, figurando como Secretario de redacción don Joaquín Gimeno Riera. Esta publicación, que imprimía Mariano Escar y después Casañal, era difundida por Cecilio Gasca en su librería de la Plaza de La Seo, 2. Dejó de publicarse a fines de 1911.

Poco tiempo después, en enero de 1905, don Ricardo Horno Alcorta, siendo todavía estudiante del 5.º curso, acometió la empresa de publicar una revista, «*Clínica y Laboratorio*», en la que los escolares de Medicina pudieran agruparse bajo el ideal científico que más tarde había de constituir la razón de sus actividades, realzando, a la vez, su propia personalidad. Allí se agrupó la juventud médico escolar de la época y allí hicieron sus primeras armas dejando grata estela: Becerro de Bengoa, Lecha Marzo, Gota, Noailles, Novoa Santos, Slocker, Landín, Palomar, Albasanz, Juarros, Aznar, Tello, Soria, Oliver, Ruiz Mozo, Julio Laguna Azorín, Lerga, Pérez Andrés y tantos y tantos otros.

Los profesores de toda España aplaudieron el propósito sumándose a la obra, y en aquellas páginas, ya lejanas, comprueban esta adhesión los trabajos de Calleja, Mariani, Fargas, Ribera y Sanz, Sebastián Recaséns, Cortezo, Lozano, Arpal,

Royo Villanova, Muñoz, Morales, De la Villa, Azúa, López García...; fue un éxito que superó todas las esperanzas que mi padre había puesto en ella.

A partir de entonces ha continuado su vida, y hoy tiene una larga historia, la más prolongada de las revistas españolas, historia larga y difícil, pero hoy tiene Zaragoza, merced a ella, un lugar en el movimiento científico mundial; sus artículos se reproducen y se citan; se le da un puesto de honor en bibliotecas y centros de enseñanza; se le conoce, se le estima y se le respeta en todos los países del mundo, pues en todos tiene lectores, colaboradores e intercambio, y en sus páginas ha brillado siempre, y, sobre todo, el amor a España, cuya ciencia hemos pretendido enaltecer.

No pretendo seguir paso a paso —siquiera fuese de modo esquemático— la historia del periodismo; pero sí considero necesario poner de relieve su importancia en todos los aspectos de la vida humana. El periodismo es una fuerza social que llega a tener la influencia de un poder del Estado; el «cuarto poder» le llamó Burke, dirigiéndose a los periodistas ingleses —en frase cuya fortuna se ha mantenido hasta hoy—, como si fuese el complemento del poder legislativo, ejecutivo y judicial.

«No dicta leyes —escribía don Eugenio Sellés, en su discurso de ingreso en la Real Academia Española, a fines del siglo pasado— ni expide decretos, ni impone penas; nada de lo que hace tiene fuerza de obligar. Informa, comenta, discute, opina. La jurisdicción es voluntaria: se le someten los que quieren. Pero, ¿qué autoridad ejerce sobre el vulgo, el vulgo alto y bajo, que acata sus informaciones y sus verdades; sus pareceres por sentencias, sus elogios por beatificación, sus censuras por penas irremediables? Su poder es poder de sugestión. Sin llamarnos, la seguimos; sin atarnos, nos sujeta; sin mandar, es obedecida. Sábese que la prensa está escrita por hombres nacidos en la culpa original y parece dictada por evangelistas tocados de la luz celeste, como si el pensamiento al caer de la fundición de los caracteres metálicos se purificara en su crisol de las escorias terrenales. ¿Quiere el vulgo confirmar la certeza de un hecho? Pues dice: «Lo he visto en letras de molde.» No parece sino que todo lo hablado, aun la misma verdad, toma la inconsistencia del aire que se lleva las palabras, y que todo lo impreso toma la solidez y el peso del metal que lo ha fijado.

Circunscribiéndonos al periodismo médico —dice otro gran periodista médico de nuestros días, el doctor Fernán Pérez— no debe olvidarse que por influjo del mismo se lograron la mayor parte de las conquistas profesionales de nuestro tiempo, y a él se deben las mejoras de los servicios hospitalarios; por él se crearon cátedras y clínicas, se llegó a la unificación de los profesionales en el arte de curar; gracias a él se logró la reorganización de los Cuerpos de Sanidad Militar y de Médicos de Baños; la misma ley de Sanidad de 1885, de la que todavía hay algunos mandamientos en vigor; en el periodismo médico germinaron las semillas de la Sanidad e Higiene públicas y en él se encuentra el testimonio de todas las palpitaciones de la clase y los aleteos del pensar galénico de todos los tiempos. Cualquier página de un periódico viejo puede constituir valiosa fuente de inspiración y de conocimiento de la evolución.

Son incontables los médicos españoles —y de todo el mundo— que sólo mantienen relaciones de contacto con la ciencia universal a través de las revistas que reciben, que les llevan, con mayor rapidez que el libro y por mucho menos dinero,

cuanto les interesa conocer en relación con los trabajos clínicos de los maestros, los progresos logrados por los investigadores, las nuevas orientaciones médico-sociales que les guian y forman su conciencia respecto a los nuevos deberes y derechos de la clase. Son las revistas médicas, en fin, como las antorchas que tuvieran en estado de alerta la mentalidad del médico.»

Como conclusión a estas notas sobre el desarrollo del periodismo médico mundial, sería obvio tratar de poner en evidencia la contribución que éste ha proporcionado a la difusión de la cultura médica, al cambio notable en la dirección de sus estudios cuya organización se ha unificado en todos los países, y también al progreso de la civilización en la lucha contra la enfermedad.

II

«Sólo hay dos fuerzas capaces de llegar a todos los rincones del mundo: el sol, en el cielo, y la Prensa, aquí abajo.»

Mark Twain.

Misión y alcance de la prensa médica

La prensa, reflejo del nivel médico.—Uno de los medios de pulsar la amplitud y el vigor de la corriente intelectual que da vida a un país, es el examen y desarrollo de su prensa nacional. Viene a ser el barómetro del grado de su cultura.

La prensa médica, en cualquier país, es el mejor y más expresivo espejo del nivel alcanzado por su Medicina. No existe ninguna nación civilizada sin prensa médica abundante, valiosa e influyente. Son pobres, científicamente, aquellos países cuyas revistas médicas no son objeto evidente de interés nacional, ni de solicitud en el extranjero; son, por el contrario, ricos aquellos cuya prensa especializada tiene una amplia difusión dentro y fuera de sus fronteras.

En España, aun cuando la prensa diaria, literaria, artística y científica lleva una existencia próspera y creciente, también la médica puede ponerse como modelo, ya que las revistas y boletines de nuestra profesión tienen, en proporción, más público que los de cualquier otro sector intelectual.

La prensa médica, en cualquier nación a que pertenezca, tiene función universal, ya que a pesar de sus especiales características en relación con el idioma, con la tradición, con el ambiente y con la mentalidad del país, aspira siempre a la universalidad. Y es que la Medicina tiene una función humanitaria y social en el más amplio sentido de la palabra, para la cual no existen fronteras porque toda la Humanidad se beneficia con sus progresos.

Fines fundamentales de la prensa.—Un distinguido periodista bilbaíno, Antonio González, señalaba en una interesante conferencia que los fines de la prensa eran: *informar, orientar y deleitar*. Y, en efecto, aunque el fin propio y primario de la prensa y el que le dio origen fuera la *información*, no merecerá el nombre de periódico completo aquel que no *oriente* a sus lectores dando un criterio sobre todas las cuestiones de actualidad. Porque es un hecho cierto que la mayoría de ellos no se dan cuenta exacta del valor de la noticia que se les ofrece, cuando la noticia es de transcendencia.

Todo lo que tenga valor para el auténtico progreso de la humanidad, debe tener

cabida y recibir el calor de su prensa, que deberá presentarlo al público con lo que se llama «sentido periodístico»; es decir, escrito con claridad y con amenidad. Y si hay polémica, con los debidos argumentos para repeler los ataques del adversario.

Pero en esta *misión informativa* y en esta *función orientadora* el periodista vivirá «siempre alerta con la obligación que tiene hacia sus lectores de decirles la verdad, nada más que la verdad y hasta el punto en que pueda afirmarla», según adoctrinaba Pío XII a los representantes de prensa y radio de los Estados Unidos en julio de 1945.

Toda la vida humana debe estar reflejada en un buen periódico. Todas las cuestiones interesantes a la nación y al mundo, que estén de actualidad, han de ser tratadas competentemente por la prensa, que cuidará especialmente de todos los hechos favorables al bien común y prestará atención especial a la vida social y económica, a las actividades políticas, al mundo del trabajo y a todo cuanto se refiere a la mejora del bien temporal del pueblo. Todos los grandes acontecimientos sociales y políticos modernos deben ser recogidos por la prensa; y ellos darán pie al periodista para recoger continuamente las grandes lecciones de filosofía social que se encuentran en los documentos pontificios.

Esto es lo que el lector necesita y lo que el diario y la revista católicos vienen obligados a proporcionarle.

En cuanto a la tercera finalidad de *deleitar* —quizá la menos importante— no faltan tampoco algunas revistas que dediquen un espacio más o menos limitado a este aspecto, que proporciona solaz y entretenimiento en ciertos momentos. Aparte de que hay ya grandes revistas, especialmente extranjeras, que llenan perfectamente esta finalidad de compensar los momentos de trabajo.

La prensa como educadora del médico.—La prensa médica no es solamente una fuerza eficiente y ciega, sino también un elemento educador capaz de una labor profunda y, por lo tanto, con una útil misión social que cumplir.

Constituye actualmente la prensa médica el órgano mediante el cual se extiende esta rama del pensamiento científico de todas las naciones, siendo piedra de toque en la cual se aprecia y pone en parangón el grado de cultura y civilización de cada país cuya cima señala coincidiendo con la perfección de sus medidas higiénico-sanitarias.

Corresponde a la prensa médica, además del cometido ya de suyo importante de formar, instruir y perfeccionar al médico general sobre los adelantos y mejoras sanitarias, el llenar una inmensa función social en lo relativo a la educación y perfeccionamiento de toda la población y, además, la responsabilidad de preparar esta conciencia higiénica de la masa, sembrando y desenvolviendo en ella, a través de sus médicos, una acción educadora, moralizante, civilizadora y de perfeccionamiento.

Es también la prensa médica la que define y establece las relaciones entre el médico y la colectividad, la que sintetiza y difunde los resultados científicos y prácticos de las diversas doctrinas para tutelar la vida física de los pueblos, para hacer descender la morbilidad y mortalidad humana, y, por tanto, para prolongar la vida media en las diversas clases sociales.

Asimismo, los problemas nacionales de la alimentación, el demográfico y eugénico, los derivados de la fisiología y psicología de las clases trabajadoras, las que

encuadran diversas actividades para la prevención y lucha contra las enfermedades sociales, las de la protección a la maternidad y a la infancia, los de la lucha contra el descenso de la natalidad y esterilidad; la educación de la juventud, la defensa y el incremento de la institución familiar, encuentran en el seno de la prensa médica los factores más importantes para su desenvolvimiento y la base para el éxito.

A esto cabría agregar que la prensa médica, reuniendo las observaciones de cada uno, conservando doctrinas y descubrimientos a través del tiempo, apoyando las ideas que van surgiendo, jalonando los principios verdaderos de medicina social que salvaguardan la raza y protegen la salud pública, se revela como el más potente instrumento de civilización al servicio de una nación y como el medio más propicio para mejorar sus condiciones de higiene y de progreso.

Por otra parte, la prensa médica debe también difundir las noticias que se refieren al movimiento médico intelectual en todas sus ramas, señalando las iniciativas y méritos individuales en los diversos campos: cultural, higiénico, filantrópico, moral y social. Debe elevar la cultura del médico señalándole los trabajos y publicaciones nacionales y extranjeras que puedan serle útiles desde el punto de vista científico y práctico, así como en el aspecto social. Debe guiar al médico en el estudio e igualmente en la terapéutica de las más variadas enfermedades, basándose para ello en las adquisiciones más recientes de la medicina como ciencia y como arte.

Debe apasionarse por los intereses profesionales del médico y defender sus prerrogativas y posición social. Debe, finalmente, hacer conocer en el extranjero la producción médico-científica, local, regional y nacional, contribuyendo así a la propia manifestación de cultura dentro y fuera de los límites naturales de la Patria.

Esta misión tan vasta y tan compleja requiere, por parte de quienes la dirigen, una labor constante, una orientación vigilante y sostenida, sin dejarse llevar de impresiones, facilidades y sugestiones del momento. No basta representar la enciclopédica labor de la medicina universal al día, sino que debe pesar también en su directriz el fondo social de su país y la historia y enseñanzas de su pasado, ya que éste será el único medio de alentar y expandir el germen de una labor útil y fructífera para el mañana.

Alcance y extensión de la prensa médica.—Un notable escritor médico lusitano, el doctor Pombal, decía que la prensa médica es una fuerza más poderosa de lo que muchos imaginan. Representa la fuente inagotable que alimenta permanentemente la cultura profesional de cientos y miles de médicos, y también el arsenal inextinguible que proporciona las armas para mantener la vida y restablecer la salud de millones de seres humanos.

De la prensa médica se benefician, por tanto, directa o indirectamente, no sólo cerca del millón y medio de médicos que existen en el mundo, sino también los miles de millones de pacientes a los cuales se aplican los modernos métodos curativos por ella divulgados y también la industria farmacéutica, que encuentra aquí el mejor y más serio vehículo de expansión de sus productos con las ideas y teorías que los justifican.

Es a través de ella donde el investigador da a conocer solemnemente sus descubrimientos; donde los centros de investigación proclaman el éxito o fracaso de

sus pesquisas; donde los médicos estudiosos transmiten a los demás el resultado de su personal experiencia; donde el clínico describe el resultado de un caso raro o demuestra, sistematiza y aclara problemas confusos; donde traza epítomes lapidarios de los grandes cuadros de la patología; y donde, en fin, todos procuramos el perfeccionamiento profesional, y tantas veces hallamos la clave de un capítulo ignorado o la resolución de una duda angustiosa.

Hoy es imposible concebir el mundo científico sin una abundante prensa médica, lo mismo que no puede concebirse el mundo social sin una gigantesca prensa informativa.

Piénsese en cómo serían de apagados y mediocres los ecos de cualquier esfuerzo individual o colectivo de la medicina o de otra actividad cualquiera si no existiese una prensa especializada que llevase a todas partes el fruto maduro, impreso y fácilmente accesible de este esfuerzo.

En el campo de las relaciones internacionales, la prensa médica constituye un mensaje fraternal, abierto a todos los credos religiosos y políticos, superior a todos los conflictos raciales y rutinarios, por encima de todas las maquinaciones mezquinas e hipócritas que envenenan la vida de las sociedades; y un mensaje de amplitud universal, sin fronteras, sin partidismos y sin otras limitaciones que las que dimanan de la ética profesional, de la moral verdaderamente sentida y de la honestidad científica.

A través de ella se anudan lazos de amistad, se estrechan relaciones de simpatía, se establecen fecundos contactos espirituales entre millares de médicos de todo el mundo.

Nunca ha dado origen a odios, a perturbaciones del orden, ni a perniciosas efervescencias de la opinión pública, porque siempre trabaja con toda nobleza al servicio exclusivo de la ciencia, de la verdad y del bienestar físico y moral de la humanidad.

Señalar a la prensa médica como una escuela tentacular de aprendizaje técnico, de perfeccionamiento didáctico y de cultura universal equivale a repetir un concepto incontrovertible. Ella es avanzada de la investigación, portavoz de los milagros de la terapéutica y estandarte donde se graban eternamente los más heroicos y sublimes combates contra el sufrimiento, la enfermedad y la muerte; el archivo glorioso de las grandes revoluciones de la ciencia y de los prodigios que enriquecen y hacen apasionante la historia de la Medicina.

Su amplitud y resonancia universal es enorme, baste saber que en todo el mundo están registrados cerca de nueve mil periódicos y revistas de Medicina.

La falta de apoyo a la prensa profesional.—Todos los profesionales de la Medicina deberían, de modo indeclinable e imperioso, estimar, conocer y apoyar su prensa médica.

Pero, por increíble que esto parezca, podemos afirmar que, desgraciadamente, hay médicos que no leen ninguna revista de Medicina nacional o extranjera. Hay médicos que no aprecian debidamente a sus colegas que tienen sobre sus hombros la pesada responsabilidad de mantener con vida las revistas españolas de Medicina. Los cuales no son tan pocos como a primera vista podría suponerse, porque el grupo de directores, editores, redactores y colaboradores asiduos, cuyo esfuerzo conjuntado

mantiene en pie la prensa médica española, engloba un número de personas que alcanza muchos centenares.

De una manera razonable y lógica parece evidente que todos los médicos debieran ver con simpatía y mimar su prensa especializada, pero no sólo no es así, sino que hasta hay muchos que no están suscritos a ninguna de las revistas médicas de su patria.

Quienes así proceden revelan una incomprensión, un desinterés y un nivel mental que no merece sino la mayor conmiseración.

Todos los médicos, sin excepción, deberían costear por lo menos una de las varias revistas que en nuestra Patria se publican, incluso con sacrificio material. El falso argumento tantas veces insinuado de que nuestras revistas no contienen nada digno de ser leído, es tan inconsciente, tan petulante y tan ridículo que no merece discutirse, ya que en cualquiera de ellas encontrarán, con mayor o menor frecuencia, materia para meditar o aprender, y páginas útiles y altamente provechosas para ampliar y dilatar los horizontes de su cultura.

Solamente con el apoyo de los médicos puede la prensa médica española ponerse a la altura que merece en el mundo y ser la fuerza espiritual que todos deseamos y de la cual podamos legítimamente mostrarnos orgullosos.

Expresión del estado de opinión.—Aparte lo expuesto, la prensa médica debe tener un cometido esencial y humano: formar un estado de opinión en comunidad.

Una prensa que sólo sea informativa, fracasará a la larga por ineficacia social. Lo contrario constituiría un fraude, porque la labor de testimonio de la realidad quedaría falseada u oculta. Por eso es necesario que ambas funciones se desarrollen juntas: la información y la creación de opinión.

Además de este aspecto corresponde a la prensa médica otra misión de gran importancia: la comunicación entre la colectividad médica y sus organizaciones de protección y defensa.

Carente de este portavoz, la clase médica tendría que permanecer silenciosa, por tanto ineficaz, y los organismos defensores y protectores (Colegios Médicos, Consejo general, Dirección de Sanidad) carecerían del elemento de juicio popular que ayudase a encauzar sus problemas y necesidades.

Por este medio llegan hasta los encargados de gestión nacional las reclamaciones de los médicos, las aspiraciones sociales formuladas por la mayoría, los estados de opinión y los criterios políticos.

Al mismo tiempo la prensa profesional ha de servir de enlace entre las diversas categorías médicas y de intérprete y transmisora del pensamiento y sentir de la comunidad médica, debiendo tener un amplio sentido de crítica; crítica constructiva, objetiva, pues sin ella no hay gestión recta; crítica que no sólo debe ser admitida, sino que es necesaria, sin dar lugar a divergencias irreductibles entre la clase; en una palabra, una crítica constructiva y solvente.

Relaciones con la prensa diaria.—Entre la prensa diaria y la médica hay una estrecha relación; aquélla acoge en sus columnas los aspectos más variados de la vida pública; ésta circunscribe su radio de acción al terreno de la especialización médica, ocupándose tan sólo de aquellos matices científicos o profesionales que puedan interesar a los médicos.

Pero bien podemos decir que de toda la prensa profesional, la médica es la más extensa y la que tiene más puntos de contacto con la diaria.

Ninguna profesión como la médica ha dado una pléyade de escritores tan brillantes, ni un número tan crecido de revistas y periódicos. Ninguna, en fin, tiene tantos puntos de contacto con la prensa diaria, que dicho sea de paso, se ha dado cuenta de su importancia y por ello también ha dado cabida en sus páginas a frecuentes artículos de divulgación científica, cuando no a nutridas secciones de noticias de interés puramente profesional.

Y día llegará seguramente en que se acentuará más y más la unión entre los profesionales del periodismo y los periodistas médicos. Al fin y al cabo son dos poderosas ramas de la gran familia periodística que se compenetran en un batallar constante con las cuartillas y con los impresos.

III

Haz que se conozca el oficio por
ti, y no a ti por el oficio.»
Mateo Alemán,
G. de Alfarache, Lib. II, Cap. III.

La revista médica: sus aspectos

«La prensa —decía el profesor Forgue— es lo que en todos los lugares de la tierra y en todas las lenguas proporciona al hombre civilizado su pan cotidiano de noticias; la que hace, deja de hacer o deshace la opinión pública; la que proporciona por la publicidad, renombre; la que difunde y amplifica los grandes movimientos políticos y económicos; la que, cada vez más, orienta y decide los destinos de la humanidad.»

Perfeccionamiento de la actividad médica.—El gran mérito de la prensa médica moderna es el ser una *escuela de perfeccionamiento*, es decir, que tiene el papel de mantener y desarrollar la actividad intelectual y profesional.

Una característica de la época actual es la multiplicación de las enseñanzas post-escolares; hoy, un diploma no es un certificado de competencia y de instrucción definitivas; es un trámite, un punto de partida para una ascensión a nuevos conocimientos y adquisiciones incesantes. Esta tendencia, que es general, común a todas las carreras, es sobre todo necesaria, indispensable, para la Medicina. No olvidemos aquella conocida sentencia con la cual se abre la obra inmortal de Hipócrates: *Ars longa, vita brevis*, cuyo profundo juicio, modestia y curiosidad de aprender se condensan en este aforismo.

Hasta el último momento somos como estudiantes y cada día aumenta nuestro tesoro de ciencia, nuestra calidad de observación, nuestra experiencia profesional. El diploma de Licenciado o de Doctor, que nosotros alcanzamos, no es más que la consagración de una escolaridad de muy desigual valor; es una licencia de práctica ilimitada, y, por lo tanto, solamente un control de ilusoria garantía, pues todo

aquel que haya envejecido en la enseñanza y en el ejercicio difícil de examinar, se verá forzado a reconocer las lagunas, los azares y las incertidumbres.

De aquí el deber y el interés de todo médico al salir de las aulas de no perder contacto con la enseñanza, con sus maestros, con el intenso movimiento de ideas que se agita en las Sociedades científicas, en las Academias y en los Congresos, con las novedades que surgen en todos los centros científicos del mundo.

En otro tiempo, en la Edad Media, por ejemplo, estos centros eran poco numerosos, y los peregrinos de la ciencia se dirigían a las escuelas en donde profesaban los maestros renombrados: Bolonia, Montpellier, Padua, París. En el momento actual, en el Universo entero se encienden nuevos focos de investigación y de estudio: el periódico médico, la revista profesional lleva al domicilio del médico moderno —verdaderamente favorecido en este aspecto— toda esta recolección de la ciencia médica universal.

Esta multiplicidad de materias requiere una revista de medicina general —para clientela no especializada—, en forma que responda a las costumbres y a las necesidades de la mayoría de los suscriptores; esto ha impuesto en todos los países la adopción de un tipo uniforme de publicación periódica, un cuadro casi constante, una presentación tipográfica casi similar.

Al escribir estas líneas he tenido ante mi mesa las principales revistas representativas de la prensa médica mundial; todas tienen, más o menos, sean cualesquiera su formato y tirada, un aire familiar que tiende a semejarlas, al igual que se identifican los vestidos de nuestras mujeres o los modelos de nuestros coches. La estructura de la revista y la clasificación de sus secciones se unifica en todas las lenguas; y ello se explica, puesto que el orden lógico de su documentación así lo exije.

Este cuadro, por otra parte, ya estaba constituído en nuestras más antiguas publicaciones; pero se ha modificado, amplificado, en proporción a la escala de amplitud de la clientela nacional y de la difusión internacional.

Estructura de una revista.—He aquí las grandes divisiones racionales en las que se ordena un número cualquiera de una revista médica bien equilibrada y bien «balanceada»: Trabajos, artículos originales, revistas generales, actualizaciones, resúmenes de las sesiones de Sociedades científicas y de Congresos, notas de clínica o de técnica, indicaciones y análisis bibliográficos, revistas de la prensa nacional y extranjeras, artículos publicitarios, actualidades y noticias.

La pieza principal hacia la que se dirige de primera intención, como plato fuerte, la atención del lector, es al artículo de fondo o editorial, a los trabajos originales o a los de revisión general. Es en esta parte donde encontraremos las mayores variantes.

No siempre, ni en todos los números, tendremos la suerte y el honor de publicar uno de esos artículos básicos, en donde uno de los maestros del pensamiento médico contemporáneo exponga un hecho nuevo de sus investigaciones o condense los puntos esenciales de su enseñanza. Con mayor razón serán excepcionales las ocasiones en que nuestras páginas se vean triunfalmente ocupadas por la noticia de una gran revelación científica. En cerca de treinta años de periodismo activo, rara vez hemos encontrado esos acontecimientos excepcionales que señalan para la Medicina un progreso o un cambio decisivos.

Pero para situarnos en la marcha ordinaria de la redacción, que asegure el éxito de un periódico médico y la constancia de su favor entre los lectores, basta la atención regular y el cuidado en la elección y redacción de los artículos de fondo.

Sucede aquí como en la prensa diaria, en que el lector medio busca en los titulares y en las crónicas de la primera o la última plana las grandes cuestiones sociales o internacionales, antes de recurrir a las noticias detalladas de hechos diversos, de accidentes, de espectáculos, de deportes, de literatura o de sucesos nacionales o mundiales.

Comparando hoy cualquiera de nuestras grandes revistas con sus similares de hace medio siglo, me parece, sin embargo, que esta parte está menos desarrollada, peor tratada y en manifiesta regresión.

Las razones son múltiples. Por una parte, los Congresos de todas las especialidades se han multiplicado y con sus ponencias, muy bien detalladas y estudiadas, realizan en todos los temas de actualidad estas revisiones sintéticas, que antes encontrábamos encabezando las revistas. Por otro lado, algunos de nuestros periódicos tienen el acierto de dedicar, de cuando en cuando, uno de sus números a una parte especial de la Medicina y de concentrar, gracias a la co-redacción de autoridades en la materia, toda la nueva documentación sobre problemas actuales, puntos en evolución, etc.

Finalmente, también hay que reconocer en nuestros colaboradores un menor deseo para este penoso trabajo de preparar estas revistas de conjunto, que si bien tienen el mérito de poner al día un tema, necesitan un esfuerzo ingrato de colección de documentos y bibliografía, de tamiz crítico y de composición cuidadosa; y que, por otra parte, el interés de los médicos jóvenes, con espíritu más práctico y realista hoy que ayer, se orienta mejor hacia los artículos de información, hacia las novedades técnicas o terapéuticas del día, hacia ese potente movimiento de nuevas ideas que transforman sin cesar nuestra ciencia y nuestro arte.

Información y acción.—La información a toda velocidad y a cualquier distancia es la ley de la prensa moderna, pero el periódico médico no tiene la obligación de informar tan rápidamente como la prensa diaria general, ni necesita del reportaje intensivo y febril que es la condición vital de los periódicos de gran tirada. Por el contrario, nuestra información debe ser siempre circunspecta, mesurada, de un control riguroso: *nuestras revistas son tribunas de gran resonancia y alcance.* Una proposición terapéutica nueva, difundida por los miles de órganos de nuestra prensa, es una aplicación universal, que va ha seguirse, con sus riesgos y sus perjuicios si el concepto es falso o insuficientemente ensayado. Entre nootros *el pensamiento se traduce en acción,* y esta acción tiene el deber de ser siempre respetuosa para la vida humana.

Consideremos, por ejemplo, el potentísimo elemento de emisión y recepción que representan en el mundo entero revistas tan extendidas como «La Presse-Medical», de la casa editora Masson; «The Lancet», de Londres; el J. A. M. A.» («Journal American Medical Association»), de los Estados Unidos, o «La Minerva Medica», de Turín, leídas en más de ochenta o cien países extranjeros, con sus servicios de información, sus nutridas bibliotecas a las que afluyen las obras y las revistas que aparecen en todo el mundo.

Por eso nosotros queremos traer aquí este asunto de la moralidad profesional (en el que luego insistiré), este deber de lealtad, de verdad y honradez, que ha sido y sigue siendo la tradición y el honor de nuestra prensa médica. Pues nuestra tarea crítica comienza cuando hemos agrupado las informaciones, los documentos, las comunicaciones; es preciso entonces elegir, dar en la medida de lo posible un juicio de valor, eliminar los materiales dudosos, hacer en este movimiento médico la selección de las ideas justas, de las prácticas recomendables, de las técnicas más seguras, de las obras que surjan, de los libros que valga la pena adquirir y seguir, siempre costosos, y difíciles de alcanzar otras veces, por los pocos recursos de muchos compañeros que han de atender con sus escasos emolumentos al gasto constante de su instalación y de los aparatos de uso normal.

La colaboración.—Un periódico corriente de información general tiene su cuerpo de redacción fijo, con algunos «extras» eventuales y algunos especialistas de complemento para aquellos problemas de competencia particular.

Un periódico médico, por el contrario, es una tribuna ampliamente abierta a todas las colaboraciones; de aquí la necesidad, para su director o para su comité de redacción, de *tamizar esta aportación*, de pesar su valor y garantizar las contribuciones clínicas y no cargar sobre la responsabilidad moral de su revista opiniones terapéuticas inciertas o hechos insuficientemente comprobados. Sería fácil encontrar algunos ejemplos de estas ideas falsas lanzadas así a la circulación y detenidas felizmente por el fracaso, pero a veces habiendo tenido tiempo suficiente para ser nocivas.

No hay por eso que temer las ideas nuevas; es preciso que surjan éstas, llamémosle *herejías*, pues estos disparates científicos de hoy pueden ser la verdad de mañana; todos hemos visto evolucionar ideas y doctrinas y las «modas y modos», como decía nuestro Royo-Villanova, son más corrientes en Medicina que en cualquiera otra rama de la ciencia, pero siempre será prudente, antes de difundirlas, esforzarse en comprobar su exactitud.

Este trabajo crítico, esta discriminación, se hace cada vez más necesario y molesto a medida que aumenta la producción mundial.

El análisis de trabajos extranjeros en otro tiempo podía estar asegurado con algunos colaboradores de buena voluntad; hoy día es imposible y hay que recurrir a numerosas ayudas que conviene especializar. Sin ir más lejos, el intercambio con la revista que dirijo se aproxima a las doscientas, entre periódicos nacionales y extranjeros.

Por eso, las grandes revistas tienen que asegurar la tarea de una crítica imparcial, pero severa, dejando de costado las publicaciones de importancia secundaria para destacar las memorias y trabajos esenciales. Esta es la realidad.

Es preciso acabar con esos índices escrupulosos, pero inútiles, que sin selección dan la bibliografía íntegra poniendo en un mismo plano de igualdad trabajos de importancia muy desigual.

A esta colección de fichas y enunciados, el médico práctico prefiere una «selección de autores», eliminando lo que son repeticiones y copias, citando sumariamente la obra de segunda mano y prefiriendo la traducción íntegra de la obra importante. En lugar de *un catálogo*, quiere *un comentario;* pero, ¡qué organización material y qué conjunto de redactores competentes y políglotas supone hoy esto!

Los resúmenes de Sociedades científicas y de Academias necesitan también para aparecer rápidamente y aleccionar con exactitud el concurso de un equipo de colaboradores instruídos, aptos y seguros para destacar lo esencial de una sesión, aun a costa de dar a sus resúmenes ese aspecto de documento seco y expurgado que no representa nada vivo.

Aquella forma apasionante, viva, que atraía y que todavía se encuentra en algunos viejos resúmenes de las antiguas colecciones, que tenían toda la expresividad y a veces la vehemencia de las argumentacions, por ejemplo, las de los debates y experiencias de Pasteur, es difícil hallarla hoy en nuestras revistas.

Actualmente, el tono de la discusión científica está atenuado, no hay pasión ni violencia en las exposiciones; a veces, sin embargo, renace el ardor de las controversias, y entonces sería más interesante recoger esta fisonomía agitada de una sesión que el resumen banal y neutro de las comunicaciones. Pero para esto también haría falta en los cronistas experiencia, autoridad e independencia. Sin embargo, hoy el registro con el magnetofono permite ya transcribir fielmente estos animados aspectos de nuestros coloquios y mesas de discusión.

Con los Congresos las necesidades son análogas. Recibimos resúmenes de las ponencias, que se reproducen en todas las lenguas y casi en idénticas condiciones. Aquí también sería deseable que nuestras revistas no se contentasen con este servicio automático y tuvieran delegados especiales y expertos que asistiesen a las grandes reuniones científicas y reflejasen la *impresión general*. Hoy día, ya se va haciendo así, pues la vida de un congreso no se resume en el programa de sus sesiones. Al lado de esto queda el encuentro de personas y espíritus de diversa cultura, la comparación de técnicas, la confrontación de resultados, los contactos personales, las exposiciones industriales, bibliográficas y farmacológicas, hoy día complemento obligado de toda reunión importante; aspectos todos ellos nada desdeñables.

Las relaciones y resúmenes de *nuevos libros* se van simplificando perezosamente cada vez más, por la inclusión en el volumen de una nota bibliográfica banal, común, que en muchas revistas se traslada de manera pasiva a la imprenta para su reproducción, con el simple enunciado de «Bibliografía». Así la exacta apreciación de valores, el hábito del examen crítico tiende a perderse en una neutralidad agrisada, benévola y uniforme.

Sin embargo, analizar, juzgar, es el papel del redactor y del cronista; las notas impersonales, confeccionadas y reproducidas en serie, servirán en todo caso para difundir la obra, para atraer al comprador e interesarle por el autor incluso; en tanto que una pequeña nota bibliográfica o un simple artículo, escrito y firmado por un crítico competente, que haya leído y meditado la obra, que ponga de relieve sus cualidades y su valor intrínseco, pero que tenga también el matiz del criterio personal, con el derecho y deber de su juicio, tendrá en mi opinión un incontrastable valor muy superior al otro.

En otro caso no hay sino imitar lo que se hace en la literatura comercial con muchos libros de valor muy mediocre, colocándoles una vistosa banda de cierre con el reclamo: «Obra cumbre», «Revelación de un gran escritor-maestro», y otras muchas modestias del mismo género.

El cometido de un gran periódico médico ha sufrido, en consecuencia, lo mismo que la prensa diaria, una inflación progresiva alcanzando un nivel de gastos que dejaría estupefactos y descorazonaría a los directores de las más importantes publicaciones médicas de hace solamente medio siglo.

La necesidad de un personal subalterno de secretaría que atienda la organización material, el encarecimiento del papel y de la mano de obra, el del franqueo postal y correspondencia, la ilustración y fotograbado, los papeles especiales para la confección de documentos iconográficos y anuncios especiales, los impuestos fiscales, los agentes de publicidad, etc., etc., supone un dispendio considerable, y eso ¡sin contar la falta de pago a los redactores!, pues nuestra prensa médica, justo es decirlo, vive todavía en el régimen muy liberal de la contribución voluntaria, de la redacción colectiva intelectual, desinteresada.

El aspecto publicitario.—Bajo la amenaza de estos gastos, una revista iría inevitablemente al déficit o a la elevación prohibitiva del coste de suscripción sin el recurso y la fuente de la *publicidad*. Son los anuncios pagados que hacen en nuestras páginas los fabricantes de productos farmacéuticos, de grandes clínicas, de balnearios y de estaciones termales, de instalaciones nosocomiales, o las casas de industrias y de instrumental y aparatos sanitarios, quienes aseguran «*la parte material*» de un periódico médico, o al menos le ayudan a vivir, cubriendo una gran parte de sus gastos.

Sin embargo, en la actualidad, vemos multiplicarse las publicaciones gratuítas que no viven sino para la publicidad y que están por completo al servicio de una gran empresa comercial o una firma de relieve. Es preciso, sinceramente, reconocer que algunas son interesantes, están bien hechas, con una composición variada y a menudo adornados con una documentación artística, histórica o una parte literaria que atrae y enmascara su objetivo comercial.

¿En qué forma se resolverá en el porvenir este problema de la publicidad?

No es previsible que las especialidades exclusiva y rigurosamente médicas, las que conservan el culto de la responsabilidad científica, evolucionen hacia los procedimientos publicitarios de reclamo general, que las actuales técnicas de iluminación eléctrica, por ejemplo, ponen al servicio de las firmas comerciales, provistas de fuertes fondos publicitarios; tales como rótulos luminosos, encendidos permanentemente o con eclipses, cuyo variado colorido sorprende a la vista y anima la vida nocturna de nuestras plazas y avenidas.

Es de esperar que las casas serias de especialidades, que son la mayoría, y que saben que su prosperidad depende de la clase médica, continúen como hasta aquí reservando estrictamente su publicidad a las revistas médicas en las formas ya tradicionales de esta publicidad.

Esto no quiere decir que no tiendan a modernizar la presentación y a cuidar la perfección tipográfica, inspirándose en el arte nuevo para atraer mejor nuestra vista y retener nuestra atención; en este sentido hay clisés perfectos y encartajes a todo color muy acertados, que nos parecen felizmente realizados y que frecuentemente he visto conservar a muchos compañeros.

El médico requiere estar informado y verse convencido de la calidad de un producto, pero no por un reclamo excesivo, ni por una abrumadora y enojosa visita

de representantes de casas farmacéuticas, ni por ver su mesa o vitrinas colmadas de muestras, sino por la realidad de la clínica.

El periodismo médico, como el de la prensa corriente, no puede pasarse sin publicidad. Es la ley moderna y también un cambio de ayuda y servicios mutuos. La prensa médica ofrece a estas industrias la voz poderosa, el altavoz de su reclamo y difusión mundial; en reciprocidad, esta ayuda financiera permitirá a la revista descender al mínimo sus tarifas de suscripción, mejorar su presentación tipográfica y su papel, aumentar su volumen de información, su poder instructivo y su radio de difusión. Por eso, a veces, cuando al abrir nuestros periódicos en ocasiones nos quejamos contra la cantidad de páginas de anuncio o de encartajes que pueblan sus páginas, no dejamos de comprender también que esta es la razón del moderado precio de suscripción, del lujo con que están editados y de la abundancia de su documentación.

Pero esta *publicidad*, fuente auxiliar indispensable a nuestra moderna actividad, *tiene la obligación y el deber de mantenerse en la raya y en la medida absoluta de probidad científica.* La prensa médica correría grandes riesgos de depreciación moral si no mantuviera su independencia frente a estos reclamos que persiguen sus recetas y dejase que la publicidad se desbordase fuera de los cauces normales; la revista o el periódico que cediese a esta tentación de ganancia irregular, perdería entonces rápidamente toda autoridad, y, por justa contrapartida, tal publicación, así desacreditada, vería rápidamente descender el valor y la curva de su publicidad, hasta la caída total, impidiéndole continuar.

Intereses profesionales.—En la estructura modernizada de la revista médica, hay una parte nueva, cuyo desarrollo sorprendería a cualquier periodista de hace treinta o cuarenta años, es la sección destinada a *intereses profesionales*. Es esta una parte muy desigual —según el tipo de periódico—, pero que no por eso debe menospreciarse: intereses corporativos, poder de las agrupaciones sindicales y defensa de nuestros justos derechos, adaptación de la profesión a las profundas mutaciones económicas y sociales de nuestra época, relación con las Cajas de Previsión Sanitaria y con otras mutualidades o empresas, medicina de los accidentes del trabajo, legislación fiscal, responsabilidad profesional, y siempre en primer plano de actualidad el grave e incierto problema de los seguros sociales e igualas colectivas.

He aquí para el médico, cualquiera que sea su puesto de acción, oficial o privado, asuntos vitales, cuestiones médico-sociales de un interés general, que necesariamente adquieren en nuestros periódicos un rango y una gravedad que plantean un porvenir muy duro para nuestra profesión. En este caso el periodista médico no será solamente un *informador científico*, sino que se transformará en un *consejero profesional* y, a veces, hasta se desdoblará en un experto jurista.

El periodismo del futuro.—El periodismo médico ha evolucionado y al igual su prensa, como todas las cosas humanas, como la misma mentalidad médica, después de esta segunda guerra mundial, lo mismo que todas las relaciones internacionales, según el ritmo precipitado de las transformaciones modernas.

En estas condiciones y ante este rápido progreso, pensemos un momento: ¿Cómo será el periodismo médico del porvenir? ¿Cómo será la revista del mañana? ¿Qué forma nueva y rápida de difusión universal va a sustituir a nuestros procedimientos actuales de información y de intercambio científico?

Sería imprudente predecirlo, pero si nos apoyamos lógicamente en las posibilidades y realizaciones alcanzadas, los riesgos de error no serán tan grandes.

Las grabaciones de alta fidelidad y larga duración en los discos, el cine, con sus amplias realizaciones de visión panorámica y perfecto color, la radiodifusión y, sobre todo, la televisión, nos abren perspectivas de comunicación tan aceleradas que nuestra mente apenas va entreviendo su alcance.

Llegará un día en que un médico cualquiera, terminadas sus tareas diarias y buscando lanzar su espíritu hacia más altos pensamientos, escuchará en su despacho una comunicación sensacional de nuestra Real Academia, una interesante conferencia del Instituto de Investigaciones Científicas, una lección magistral en la Facultad. En lugar de recibir revistas impresas, periódicas, se abonará a un servicio de discos que le proporcionarán las enseñanzas de los maestros del mundo entero; lo mismo que las revistas impresas de hoy sustituyeron en otro tiempo a las hojas y gacetas manuscritas, igualmente los tocadiscos y magnetófonos suplantarán al periódico impreso, al menos para difusión de algunos documentos de gran valor intelectual.

Ya hoy, corrientemente, oímos el diario radiado, que al cabo de pocas horas nos da impresiones y noticias de los puntos más alejados y puede proporcionarnos lo que la lectura de una página cualquiera de un diario que acaba de imprimirse y que puede así conocerse en breve plazo a miles de kilómetros de distancia. Pero no solamente por radio podemos recibir noticias de todo el universo y participar con el oído, a ojos cerrados, en las grandes manifestaciones del pensamiento moderno, sino que también, gracias a la televisión y al telediario, la solución del problema está resuelto y nos permite, a la vez, ver y oír a gran distancia. Y en esta forma podremos recibir a domicilio *un telediario médico,* automáticamente reproducido en nuestro aparato registrador que reemplazará totalmente al altavoz de la radio.

Pero hasta que estas maravillas de transmisión, teleacústica y teleóptica se difundan en amplio grado y se hagan más asequibles a todos los bolsillos, tenemos también otro medio de difusión del cual todavía no hemos obtenido todo su provecho pedagógico e instructivo: es el *film sonoro.* Con el cine hablado, en color y en relieve, por el procedimiento del cinerama, gracias al sincronismo perfecto de la imagen y la palabra, será un espectáculo gratísimo y una lección provechosa asistir con ojos y oídos a las sesiones operatorias de las más importantes clínicas y hospitales, apreciar las técnicas perfectas de las figuras cumbres, las demostraciones experimentales de los maestros de la biología o las conferencias de los grandes oradores.

Podremos así conservar también en nuestra filmoteca (preciosa colección para el porvenir) el repertorio de los maestros de la medicina y de la cirugía, y nos será posible volverlas a contemplar actuando en su medio, en su ambiente, en sus gestos, con sus condiciones materiales a veces muy inferiores a las actuales, y comparar sus ademanes, sus gestos y sus técnicas con las nuestras para su perfeccionamiento.

Ahora mismo, ¡qué satisfacción intelectual no experimentaríamos si pudiéramos hacer pasar ante nuestra vista un film sonoro que hiciese revivir a Cajal y a Ferrán en su laboratorio, o a Lozano, a Olivares, Recaséns, Royo Villanova, a Simonena, a Novoa Santos o tantos otros desaparecidos, operando y enseñando con su prestigio inigualado!

Pero a esta *americanización* de la revista médica no hemos llegado, a Dios gracias, pues sería también caer en la orgullosa tiranía de una civilización demasiado mecanizada; en este aspecto creo que casi todos estamos más cerca de las opiniones de Marañón, de Laín Entralgo, de López Ibor y de Duhamel o tantos otros escritores valientes y críticos de gran clarividencia.

Tradición y adaptación.—Es notable comprobar este dualismo paradójico: la cualidad renovadora del pensamiento español, compatible con nuestras crisis de rebeldía y revolución, y admirar por otra parte la resistencia de la secular estructura de nuestra Patria: tradición y avance, pero siempre en el eje de nuestras grandes tradiciones.

Para el periodismo médico nada demuestra mejor esta continuidad en el plano material de organización y en el espíritu de redacción, que comparar, por ejemplo, la colección de «El Siglo Médico», desde 1860, con cualquiera de las revistas actuales de más longevidad.

Vivir largo tiempo es renovarse. Los periódicos que se inmovilizan en una forma ya pasada están condenados al fracaso, y así he visto desaparecer algunas grandes revistas que tuvieron en su tiempo su apogeo y su influencia. Es necesario marchar con la época, ser dinámico y no estático, y para decirlo en una palabra que resume esta técnica del rejuvenecimiento, es preciso *adaptarse.*

Por otra parte, *hay que combatir* el esnobismo, el espíritu acomodaticio y el utilitarismo carente de ideales altruístas, que tanto lamentamos en una gran parte de los jóvenes médicos actuales de nivel medio.

El deber de la prensa médica, como el del profesorado de nuestras Facultades, es conciliar con la instrucción profesional la cultura general del espíritu.

Igual que la formación básica intelectual del estudiante, antes de su entrada en la Facultad, debe basarse en una sólida cultura general y en un conocimiento humanístico, también al salir de la Universidad y durante toda su carrera el médico debe tratar de enriquecer su mente y, por el conocimiento literario, tender constantemente a una cultura superior. Debe plasmar el tipo de hombre honrado y capaz, que a la distinción natural y a la cortesía de sus modales añada una inteligencia ampliamente abierta a los goces del espíritu y una formación moral y cristiana en el ejercicio, con sus compañeros y con sus enfermos.

De esta alta cultura post-escolar, la revista, tanto como el libro, deben ser el instrumento educativo. Muchas de nuestras revistas se hacen partícipes de esta labor con la publicación frecuente de artículos de notable contenido filosófico, de normas deontológicas, de anecdotarios curiosos o de documentos artísticos.

Para que en la sociedad humana exista un progreso, es preciso que no haya desfallecimiento del alma, ni disminución de la vida moral; solamente así veremos multiplicarse los prodigios del mecanismo, elevarse el nivel general intelectual y mantenerse una línea de conducta digna. La decadencia se acusará si la dignidad profesional desciende, si las conciencias se oscurecen y si la acción nefasta todopoderosa del dinero se hace soberana.

Este es el gran papel y la nobleza de la prensa médica, el mantener, no obstante la dureza de los tiempos, los altos postulados que rigen nuestra vida moral y profesional; el defender frente a los valores *de cantidad* este valor *de calidad*, que según la acertada frase de Fiessinger, representa el médico en la sociedad actual; «*el conservar todo aquello que nuestra profesión continúa teniendo de generosa y de humana*», recordando en hipocrática actitud que *la vida es muy corta, el tiempo sumamente valioso y la necesidad de aprender muy grande.*

IV

«Informar con verdad y orientar con acierto: he ahí la misión de la Prensa.»

Pío XII.

Etica médico-periodística

Dignidad de las profesiones.—Creo recordar que fue alrededor de 1930 cuando Su Santidad Pío XI, recibiendo en audiencia a los barrenderos de Roma, les hablaba- de la dignidad de las profesiones, aun las más humildes.

Y es que más bien que profesiones indignas, existen indignos profesionales. La actividad que es objetivamente ilícita o inmoral no puede llamarse propiamente profesión. Por el contrario, toda actividad honesta empleada en servicio de los demás y en utilidad propia, constituye una profesión llena de dignidad y merecedora del máximo respeto.

Todas las profesiones son dignas, pero hay profesiones que ejercen un mayor influjo en la dirección de la vida social; estas profesiones misionales cumplen en la vida social la misma función que el timón en el navío: encaminan hacia el objetivo propuesto.

Sin un buen timonel el esfuerzo de los remeros o la potencia de las máquinas resultaría estéril; la nave, después de mil inciertas singladuras, encallaría y terminaría por estrellarse sin poder arribar a buen puerto.

Profesiones misionales.—Entre las profesiones que de manera decidida pueden influir en la dirección de la vida, figuran, entre otras varias, por un lado, la Medicina y, en otro aspecto, el periodismo.

La Medicina es una profesión de responsabilidad social, y el título que habilita para su ejercicio —como dice Fernández Ruiz— tiene que estar garantizado por la preparación adecuada de quien lo posee y que este debe mantener siempre a punto.

Franklin decía que «si un hombre vacía su bolsa en su cabeza, nadie se la podrá arrebatar». Lo invertido en conocimiento rinde el mejor interés.

Pero a esta preparación, necesaria e indiscutible para el ejercicio de sus obligaciones, debe sumar otras cualidades y virtudes que faciliten el cumplimiento de sus tareas en el orden moral.

Misión cristiana y social de la Medicina.—La labor principal del médico es curar los cuerpos, pero la unión esencial de cuerpo y espíritu hace que, de hecho, el médico, sobre todo en determinadas circunstancias, pueda influir hondamente en la formación del sometido a su cuidado, y de aquí la importancia de su misión.

De esta compenetración de la materia y del espíritu en la perfecta unidad del cuerpo humano —ha recordado Pío XII, en su discurso a la Unión Médica de San Lucas— se sigue que el médico frecuentemente tiene que dar consejo, tomar determinaciones, formular principios que, aunque estén directamente encaminados a la cura del cuerpo, de sus miembros y de sus órganos, interesan, sin embargo, al alma y a sus facultades, al destino sobrenatural del hombre y a su misión social.

Pensemos, por ejemplo, en la educación prematrimonial o en las amenazas neomalthusianas dentro del hogar. Pensemos en el acuciante problema de nuestra actitud ante el dolor y la muerte. Fuera de la concepción cristiana, el dolor y la muerte sólo tienen una explicación desesperante, cuando en realidad no son más que medios generosos de redención y de santificación, necesarios para lograr la salvación después de la caída original.

Por eso el médico puede ser un experto encauzador de esa poderosa fuente de energía espiritual, que es el dolor, y lograr grandes bienes, no sólo en favor de sus enfermos, sino de la humanidad entera.

«El médico cristiano —como dice el Pontífice— no pierde jamás de vista que su enfermo o su herido —que gracias a sus cuidados seguirá viviendo un tiempo más o menos largo o, a pesar de sus atenciones, morirá—, está en camino hacia una vida inmortal y que de las disposiciones del enfermo, en el momento definitivo del fallo, dependerá su desgracia o su eterna felicidad.»

También en el ejercicio del periodismo, tanto o más que en otras profesiones, hace falta una indiscutible *formación* y ese impulso especial, innato, que es la *vocación.*

Para ser leído, para ejercer una influencia, es necesario dominar con maestría el arte de hablar a la opinión el idioma que ella entiende, es decir, se precisa *competencia.* El periodista no se improvisa.

Por otro lado, la vida del periodismo es dura; es un hombre condenado a vivir de prisa, en el torbellino de la vida moderna, trabajando siempre acelerado, sin pausa ni respiro, acuciado cada vez más por los medios modernos de transmisión de las noticias que las ponen a nuestro alcance a los pocos momentos de haberse producido. Por eso requiere también vocación bien probada, permanente e indeclinable.

La misión de ambas profesiones, personalizadas en el periodista médico, forzosamente ha de participar de las condiciones esenciales de ambas actividades y no perderá nunca de vista la misión esencial de la prensa: la de *informar con verdad* y *orientar con acierto* a la masa de sus lectores.

Poder social del periodismo.—Hace más de un siglo, decía el filósofo extremeño Juan Donoso Cortés, refiriéndose a la prensa:

«De todas las potestades nacidas de la nueva organización de las sociedades, ninguna es tan colosal y exorbitante como la potestad concedida a todos a poner

su palabra en los oídos del pueblo.» Hoy, estas palabras del Marqués de Valdegamas, tienen todavía un alcance mayor ante el poder alcanzado por la difusión del periodismo.

De aquí, repitamos, que la misión fundamental y el primer deber de todo periodista consista en «servir con inquebrantable lealtad a la causa de la verdad».

El menosprecio de la ley moral en las cosas económicas y sociales ha producido grandes escándalos. Por el contrario, la perfecta observancia de la justicia en las relaciones sociales, completada y perfeccionada por la caridad, será el único remedio frente al desquiciamiento social del mundo presente, e influirá más decisivamente en la orientación de la vida de los pueblos y en la instauración de una auténtica paz entre las naciones.

De armas tan poderosas para difundir la verdad o el error, la justicia o la iniquidad, como son la prensa, la radio y el cine decía Pío XII en el año 1946 —dirigiéndose a un grupo de periodistas suizos—: «Un poder espiritual, como es la propaganda, debe ser tomado en serio, tanto en el bien como en el mal. La semilla que él esparce puede resultar una bendición y una maldición. En realidad hay que atribuir un papel verdaderamente decisivo, en la frialdad que se ha hecho casi incurable entre los pueblos y los hombres, *a la prensa* puesta sin reservas al servicio del principio utilitario y de las pasiones políticas y nacionales; *a la prensa*, que, más aún, deja conscientemente a un lado la objetividad, veracidad e imparcialidad.»

La prensa no crea toda la opinión, pero contribuye, en efecto, a formarla, a ilustrarla y a orientarla.

Etica en la información y orientación periodística.—Decía Mark Twain que «sólo existen dos fuerzas capaces de llegar a todos los rincones del mundo, el sol, en el cielo, y la prensa, aquí abajo». Al *informar*, la prensa *sirve*, y por ello se dice servicio informativo, pero al mismo tiempo que informa desempeña un papel importante en el sentido de *orientar* y a veces *formar* a la opinión pública.

E incomparablemente más importante es, en efecto, la misión de *dirigir* la opinión, que la de *informarla* y que la de *servirla*.

Pío XII —cuyo magisterio universal en los veinte años de su largo Pontificado tocó los más diversos problemas contemporáneos— dirigió a los periodistas católicos, reunidos en el III Congreso Mundial de la Prensa Católica, celebrado en Roma en 1950, un mensaje en el que trató precisamente el tema de la prensa y la opinión pública. Y más tarde, en noviembre del año siguiente, dirigiéndose a otro congreso internacional de periodistas, decía:

«Como periodistas tenéis la misión de informar y, lo que es incomparablemente más importante, *formar la opinión* y *dirigirla con buen rumbo*. En esto probaréis la dignidad de vuestra profesión.»

Y esta cita que acabo de recordar prueba la continuidad del pensamiento pontificio en este aspecto concreto, porque ya su antecesor, *Pío XI*, en enero de 1935, dirigiéndose a otro grupo de periodistas franceses, les decía:

«Vosotros, periodistas, representáis el poder más grande del mundo. Suele decirse que el poder más grande es la opinión pública. Es un error. La prensa es

más grande, porque *fabrica* esa opinión pública, y la causa es mayor siempre que el efecto.»

Antonio González, gran periodista, Director de «La Gaceta del Norte», decía recientemente en la conferencia de clausura del curso del Instituto jurídico «Francisco Suárez», en Burgos:

«Los periódicos que se escriben para el público, al enjuiciar los hechos de actualidad y sacar de ellos consecuencias para la vida, deben hacer caso omiso de los intereses de grupo o de clase, e incluso de sus relaciones y afectos particulares, para no tener ante los ojos sino aquel principio de justicia cuya norma invariable es el fin de la sociedad.»

La prensa ha de reflejar, educar y servir a la sana opinión pública, que es la voz de la sociedad organizada con arreglo a los principios del derecho natural.

No podrá cumplir con esta alta misión si, en el orden de los principios, no se apoya en los fundamentos de la ética, y, en el orden de los hechos, no recoge, con serenidad y con lealtad inquebrantable a la verdad, la realidad objetiva del ambiente; si no se aparta de toda excitación artificial y morbosa de halago a la masa, provocando sus pasiones; y, por último, si no asume la misión de orientar, con recto criterio, a las minorías selectas que, en todo tiempo, han influído decisivamente en la vida pública, para que, moviéndose por los ideales del *bien común* y reaccionando contra los rumores insensatos y los hechos sobrevalorados, acierte en todo momento a entrever las soluciones prácticas de los problemas sociales, preparando a gobernantes y gobernados a todos los sacrificios que fueran necesarios.

De esta manera, la mejor parte de la sociedad, a través de la prensa —reflejo de la verdadera opinión pública—, cooperará en las tareas de gobierno y en las resoluciones justas de los arduos y difíciles problemas del bien común.

La clara línea del pensamiento pontificio sobre la *misión* del periodista como *formador*, *orientador* y *guía* de la opinión pública, fue también confirmada en una exhortación dirigida por Pío XII, específicamente a la prensa, adoctrinando sobre la importancia y la delicada misión de ésta, precisamente a los directores de las agencias de información, a quienes recibió en audiencia, en el Palacio de Castelgandolfo, el 27 de octubre de 1956.

Se refirió el Papa al rápido progreso y a la potencia actual de los medios de información; «son principalmente el periodista y la agencia de prensa —dijo— quienes se sirven de estos medios para formar la opinión».

Tienen la posibilidad de guiar la opinión pública por los caminos de la verdad y del derecho con más eficacia que el hombre de la calle; pero pueden también, con desprecio de la conciencia, ponerse a disposición de una opinión pública pervertida por errores y prejuicios y cargar así con la responsabilidad principal, cuando su acción contamina toda la vida social. Nuestro siglo presenta bastantes ejemplos y nombres para confirmar estos dos aspectos, sobre todo el último. Tanta es, señores, la importancia y la responsabilidad de vuestra profesión.

El periodista —decía— deberá tener presente lo que sus lectores piensan y desean; es decir, la opinión pública, que es preciso *dirigir* con buen sentido.

El ideal consiste en conservar la objetividad más íntegra sin perder nunca el contacto con el público. Os exhortamos a tender siempre hacia ese ideal, *sin sacri-*

ficar jamás la verdad —los preceptos divinos y el bien común— para satisfacer a los «dueños de la situación» o el gusto de los lectores; si así lo hiciérais tendréis siempre dos fuerzas que os ayuden: la protección divina y la aprobación de los hombres de bien, y estas dos fuerzas son las que deciden en definitiva».

Y concluía el Papa: «La opinión pública es el objetivo del periodista; conseguidlo verdaderamente, gobernando la opinión en provecho del bien común, incluso cuando esta opinión pública, que siempre se manifiesta de alguna manera, se muestre peligrosamente inestable y apasionada... La filosofía perenne os proporcionará las verdades que debéis hacer que penetren más y más en esta opinión pública.»

Pero no es esto sólo. Ultimamente, nuestro actual Pontífice, Juan XXIII, dirigiéndose a todo el personal del veterano y prestigioso periódico bolonés «*L'Avenire d'Italia*», consecuente con las doctrinas tradicionales expuestas por sus predecesores, fija igualmente normas bien precisas para la prensa:

«La vida de un periódico católico se caracteriza y se justifica por un programa *positivo;* no por lo que no es o no debe hacer, sino por aquello que realiza con esfuerzo notable y clara visión de sus propias tareas.»

Y añade más tarde que la prensa católica debe distinguirse, sobre todo, por «un acto de presencia activa y de testimonio». Esta presencia activa debe ser «inteligente y despierta frente a los innumerables problemas de la vida de hoy, para dar de ellos una interpretación según el criterio válido de la verdad eterna». Pero la prensa católica —agrega el Pontífice— también debe ser *testimonio;* es decir, «toma de posición serena, pero segura, sin compromisos y sin respetos humanos, con lealtad y paciencia».

De ahí que inmediatamente después el Padre Santo diga: «El periodista católico no sigue los variables caprichos de la opinión pública y mucho menos los orienta a su gusto, pues siente el deber de *servir la verdad* recordando las palabras de Nuestro Señor, para que resplandezca vuestra luz ante los hombres, con el fin de que vean vuestras buenas obras y den gloria al Padre que está en los cielos.»

A estos principios esenciales que definen a la prensa, el Vicario de Cristo añade en su discurso las normas concretas a que deben sujetarse en el ejercicio de su profesión los periodistas.

Sobre este particular, Su Santidad Juan XXIII se refiere al *estilo* con que debe ser realizado todo periódico católico y que ha de concederle una inconfundible personalidad. «Este estilo —decía el Papa— debe ser siempre transparente, incluso cuando asume un tono batallador. Estilo caracterizado por la *verdad*, la *claridad*, el *respeto* a los errados, y por un *vocabulario señorial* y *digno*.»

Hay que luchar denodadamente en muchas ocasiones, a veces muy duras y en posiciones inflexibles, pero sin perder jamás la ecuanimidad, ni agraviar al enemigo y mucho menos zaherirle ni ensañarse con él. Hay que estar seguro de la razón, pero también de las palabras.

Los excesos de lenguaje e información gráfica a que se entregan hoy muchos periódicos fueron subrayados por el Pontífice patéticamente. «El periodista católico —afirmó Su Santidad— no debe seguir esta corriente ni conceder a los hechos menos edificantes más espacio que aquel que merecerían. Educad a los lectores a que aprecien lo que es *verdad, bueno* y *bello*.»

Ultimamente, el Padre Santo, dirigiéndose a los participantes en el Congreso Nacional de Juristas italianos, celebrado el pasado diciembre en Roma, y comentando la *libertad de prensa* en la ordenación jurídica, señala:

«Es preciso tener una conciencia clara, constantemente inspirada en un recto equilibrio, y no orientada a la insensibilidad y a la relajación. *El derecho a la verdad significa una orientación moral objetiva fundada en las leyes divinas.* Este derecho es superior a cualquier otro derecho y exigencia.

La libertad de prensa debe encuadrarse en este respecto a las leyes divinas, que se refleja en las leyes humanas de la misma manera que la libertad de cada uno está limitada por la observancia de las normas divinas; y de la misma manera también que no está permitido al libre ciudadano, por el hecho de proclamarse libre, ofender o atentar contra la libertad privada, los bienes o la vida del prójimo, así *tampoco puede ser lícito a la prensa, bajo el pretexto de que debe ser libre, atentar diariamente y sistemáticamente contra las reglas religiosas y morales de la Humanidad.* Cualquier otra exigencia sobre la difusión de las noticias debe ser sometida a estas leyes básicas.

Esta conciencia clara implica por sí sola el carácter obligatorio que deben contener a los derechos de la prensa en el respeto, en el orden y en la legalidad. Estas limitaciones se imponen a las morbosidades de la demanda en los textos, al halago de la ganancia, a la ligereza de las mentes literarias que no piensan en el enorme daño que se hace a la inocencia del niño o del adolescente.

Sobre esta materia es preferible que seamos explícitos, sin miramientos. No es el amor al saber, a la cultura o a la verdad el que guía algunas plumas, sino el juego malsano de ciertas pasiones, la desmedida ansiedad de notoriedad y lucro, la que pasa por encima de los llamamientos de la ciencia.»

Y añade más adelante terminantemente: «No tengáis miedo a ser tachados de escrupulosos o exagerados al mantener una actitud de reprobación hacia cierta prensa. No compréis, no favorezcáis e incluso no nombréis a la prensa perversa.»

A estos textos entresacados de la máxima autoridad eclesiástica y que señalan las normas trascendentes sobre este moderno y cada vez más necesario sector del apostolado que es la prensa católica, nada cabe añadir.

BIBLIOGRAFIA

AMSLER, J.—«Le medecin et le public si avide de connaissances medicales.» *Le Concours Medical*, n.° 26, junio 1956. París.

BASSO, L.—«La vulgarisation des sciences; le probleme qu'elle pose.» *Synthèse*. París, 1938.

BILLINGS, J. S.—«Un siglo de Medicina americana (1776-1876).» *Am. Journ. Med. Scienc.*, n.° 72, págs. 439-488. Boston, 1876.

BILLINGS, J. S.—«Los periódicos médicos de los Estados Unidos.» *Boston Med. Journ.*, número 100, págs. 1-14. Boston, 1879.

CENTENO, F.—«Grandeza y servidumbre de la Prensa.» *Universitas*, t. 20, págs. 369-401. Ed. Salvat. Barcelona, 1946.

FERNÁN PÉREZ, J.—«La publicidad y la propaganda de los médicos.» *Domus Medici*, n.° 103, págs. 284-290, abril 1950. Madrid.

FORGUE, E.—«Le Journal Médical contemporain.» *Acta Médica Latina*, n.° 6, págs. 437-453, noviembre 1930. París.

González, A.—Conferencia de clausura del curso de la «Institución Jurídica Francisco Suárez». Eurgos, 1959.
Greco, V.—«Orígenes del periodismo médico». *New-York Med. Journ.*, n.° 97, págs. 131-136, New-York, 1913.
Horner, N. B.—«Periodismo médico en el Imperio Británico.» *The Lancet*, n.° 2, pág. 273. Londres, 1932.
Horno Alcorta, R. (Zaragoza).—«La propiedad literaria y la prensa médica.» Ponencia a I Reunión de Prensa Médica Latina, París. *Clínica y Laboratorio*, junio 1927. Zaragoza.
Horno Liria, R. (Zaragoza).—«Función social de la prensa médica.» *Clínica y Laboratorio*, octubre 1948. Zaragoza.
Juan XXIII.—Discurso a los periodistas de L'Avenire d'Italia». Roma, 1959. *La Gaceta del Norte*, Bilbao.
Larra y Cerezo, A. (Madrid).—«Historia resumida del periodismo médico en España.» *La Medicina militar española*. Madrid, 1905.
Marañón, G. (Madrid).—Discurso en U.M.F.I.A., el 3 de febrero de 1936. París.
Marañón, G. (Madrid).—«Vocación y Etica». Espasa-Calpe, S. A. Madrid, 1936.
Méndez Alvaro, F. (Madrid).—«Apuntes del periodismo médico español.» Folleto. Madrid, 1883.
Narros. V. H. (Salamanca).—«Cometido de la prensa y publicidad médica.» *Yatros*, 14 julio 1959. Oviedo.
Pierra. L. M. (París).—«Les droits des editeurs de periodiques sur les articles publics par eux.» Ponencia a la Asociación Médica Francesa. *Acta Médica Latina*, n.° 56, marzo 1937. París.
Pío XII.—«Discursos y Encíclicas.» Colección de *Ecclessia*. Madrid.
Pombal, A. (Lisboa).—«A missâo da imprensa medica.» *Jornal do medico*, n.° 623, enero 1955. Lisboa.
Varios Autores.—«Encuesta sobre periodismo médico.» *L'Hôpital*, n.° 430, marzo 1937. París.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960

CÁNCER MAMARIO EN EL HOMBRE

POR EL

DR. CONRADO ZUCKERMANN DUARTE

DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

MÉXICO

FRECUENCIA Y CONDICIONES DE APARICIÓN

El cáncer mamario en el hombre es mucho menos frecuente que el mismo blastoma en la mujer, y precisamente por ello la publicación de observaciones es de recomendarse, máxime si se aprecia la necesidad de acumular experiencia en relación, sobre todo, con diagnóstico y tratamiento.

Guilera [10], en su tratado sobre enfermedades de la mama, señala que casi todas las afecciones de la mama femenina pueden observarse en el varón, aunque con mucha menor frecuencia; la que no se observaría sería la mastosis endocrina. Las dos alteraciones menos raras serían la ginecomastia y el cáncer epitelial.

Arenas y Di Guglielmo [1], López Fernández [20] y Scopinaro [22] señalan que, de acuerdo con la mayoría de los autores, los tumores malignos son comparativamente con los benignos más frecuentes en la mama masculina. Sin embargo, en la estadística de Charache [4] de 35 tumores mamarios en el hombre, 22 fueron benignos y 13 cancerosos; es de señalarse que 12 de los casos benignos eran de ginecomastia.

La frecuencia de cáncer mamario en el hombre en relación con la totalidad de cánceres mamarios observados (en ambos sexos) es considerada y afirmada muy variable por los autores, pudiendo señalar que la mayoría aceptan que de cada 100 blastomas mamarios, 99 corresponden a la mujer y 1 al hombre [2, 12, 15, 28], pero pudiendo variar la proporción desde 0'8 por ciento [5, 6, 7, 9, 18, 25].

A propósito de la rareza del cáncer mamario en el hombre, en comparación con su dominante frecuencia en la mujer, Hartman [13] señala que ello se explica por el estado rudimentario de la mama masculina y la ausencia en ella de toda actividad fisiológica; en seguida se refiere a la influencia frenadora de la testosterona y a la falta de la foliculina excitante del epitelio mamario.

Nogués [21], igualmente, relaciona la escasa frecuencia de patología tumoral mamaria al estado atrófico glandular de la mama del varón y a la ausencia de estímulo estrogénico.

En relación con lo anterior es muy de señalarse que el cáncer mamario masculino, que es predominantemente epitelial, imitando —pudiéramos decir— en ello al cáncer mamario femenino, se observa, sobre todo, después de los 50 años, es

decir, cuando las condiciones hormonales pueden haber variado y existir alguna baja testosterónica. Parecería que el blastoma epitelial mamario coincidiría principalmente con el climaterio masculino, cuando las células de Leydig disminuyen su funcionamiento.

El promedio de edad en que se observa el cáncer epitelial mamario en el hombre es, para ENGLISH [6], de 61 años, de 50 años para GUTHORN [11], de 54 a 57 para LEWISON [19], de 60 años para NOGUÉS [21], de 52 para TREVES [25].

A propósito de la baja de testosterona y otras alteraciones hormonales, se conocen algunos casos de cáncer mamario que aparecieron en personas con ginecomastia y otros que sucedieron en hombres sometidos a tratamiento intenso por estrógenos.

HOWARD y GROSJEAN [14] relatan un caso de cáncer mamario bilateral en hombre de 71 años, que había recibido por cáncer prostático generalizado 40 gr. de dietilestilbestrol. Recuerda la observación similar de ABRAMSON y WARSHAWASKY, publicada en 1948.

La existencia de ginecomastia [1, 7, 10, 18] o de tumor benigno previo es de tomarse en cuenta como hecho que puede, a veces, favorecer el desarrollo de cáncer mamario masculino. A este respecto debemos recordar que la ginecomastia ocurre, sobre todo, en dos épocas, principalmente en la pubertad y menos frecuentemente en el climaterio; en este último caso es cuando pudiera facilitar la aparición de cáncer; sin embargo, en la serie de TREVES [26] no existió caso alguno. Las ginecomastias en personas mayores de 50 años, aun cuando sean bilaterales y con causa reconocible, como opoterapia estrogénica, neoplasia testicular, suprarrenal, etc., deben ser vigiladas y no olvidar la posibilidad de que se trate en realidad de proceso neoplásico maligno.

La posibilidad de que los traumatismos intervengan en su aparición, y, sobre todo, en hacer patente su existencia o exagerar el crecimiento tumoral ha sido señalada [4, 5, 7, 9, 22], pero, sin embargo, faltarían pruebas estadísticas o de certidumbre.

Igualmente se ha mencionado el factor hereditario [9 28]. A propósito de ello debemos señalar que en uno de los casos que relataremos existió cáncer mamario en una de sus hijas.

OBSERVACIONES

Hasta 1952 y en un plazo de diez años, iniciado en 1943, el número total de casos de cáncer mamario comprobados con examen histológico había sido de 479, y de ellos 3 correspondían al sexo masculino [29]. Actualmente, hasta 1958, es decir, en un plazo de dieciséis años, el número de blastomas mamarios ha subido a 753, y de ellos 5 han sido en hombres.

En comparación con estos cinco casos de cáncer mamario en hombres, hemos observado igualmente en personas del sexo masculino:

Un caso de cáncer cutáneo epidermoide de la región mamaria que se inició fuera de la zona del pezón,
Tres ginecomastias,
Cuatro lipomas,
Un fibro-adenoma,
Un sifiloma mamario ulcerado,
Tres abscesos mamarios y
Un caso muy interesante de tumor angiomatoso y plasmocitario en un niño [29].

Como hicimos notar al publicar esta observación, las mastopatías plasmocitarias son propias al sexo femenino; así lo señalan igualmente las observaciones de JACINTO y CELIS [17].

En relación con las mastopatías funcionales (mastosis endocrinas), todas nuestras observaciones [31] son en personas del sexo femenino, y ello está de acuerdo con lo señalado por GUILERA [10].

Anotamos en seguida las historias sucintas de nuestras cinco observaciones de cáncer mamario en hombre, que anticipamos fueron todas de tipo histológico epitelial.

Observación primera. — Persona de 67 años de edad, que notó deformación del pezón derecho hace ocho meses, y más tarde (no precisa fecha) alguna dureza en el mismo lugar.

Actualmente tiene tumor central mamario con destrucción ulcerativa del pezón (que ya casi no se observa). La biopsia mostró blastoma muy indiferenciado. Radiografías de tórax, mediastino y columna vertebral dorsal no mostraron metástasis. No se palpó ganglios en axila y región supraclavicular. Se realizó extirpación axilo-mamario (mastectomía radical) derecha. El examen histológico señaló cáncer epitelial muy indiferenciado y, además, mostró que dos ganglios axilares centrales estaban masivamente invadidos. Se realizó röntgenoterapia postoperatoria. Tres años después presenta datos que hacen afirmar metástasis pleuro-pulmonar derecha y fallece seis meses después. Es de señalarse que una hija de esta persona presentó blastoma epitelial mamario que necesitó extirpación amplia y radioterapia postoperatoria.

Observación segunda. — De 56 años. Hace cuatro meses notó crecimiento mamario izquierdo. Le recetaron inyecciones de testosterona y el mencionado crecimiento pareció aumentar. Se observa, algo hacia afuera del pezón, tumor de mediana consistencia y límites, al parecer, precisos, con diámetro mayor de tres centímetros y medio. Después de completar el estudio clínico por exámenes de laboratorio y radiológicos, que dieron datos normales, se realizó biopsia, que señaló cáncer, y en seguida extirpación axilo-mamaria. El examen histológico de la pieza operatoria mostró blastoma de tipo canalicular de malignidad grado segundo; no se comprobaron metástasis en ganglios axilares. Tiene de operado once años y el estado es satisfactorio.

Observación tercera. — Persona de 70 años, que relata que sufría desde hace un año comezón en ambos pezones, más en el izquierdo, y que después notó en este lado lesión costrosa y alguna dureza. Le recetaron diversas pomadas e inyecciones de penicilina. Observamos enrojecimiento, pequeñas costras, erosión sangrante abajo y afuera del pezón izquierdo. Se palpa dureza de pequeño tamaño, pero de límites no muy precisos. Se realizan exámenes de laboratorio y radiografías que muestran datos negativos de metástasis; en seguida biopsia, que señala cáncer, y hace pensar que puede tratarse de Paget mamario.

Se efectúa extirpación axilo-mamaria. El examen histológico confirma que se trata de blastoma mamario tipo Paget y que sólo en uno de los ganglios axilares existe metástasis no masiva.

La última consulta, realizada tres años después de operado, no señaló reproducción alguna, y la radiografía de tórax fue negativa a metástasis.

Observación cuarta. — Persona de 64 años que consulta por tumoración ulcerada en el seno derecho. El pezón ha desaparecido y en su lugar existe úlcera crateriforme y dura. La biopsia inmediata afirma cáncer. Después de los exámenes habituales, se realizó extirpación axilo-mamaria (mastectomía radical). El examen histológico mostró cáncer canalicular mamario, malignidad grado tercero; tres de los ganglios axilares tienen invasión cancerosa. Se realizó röntgenoterapia postoperatoria.

Estado satisfactorio hasta cuatro años después. A los cinco años muere por síndrome asfíctico-torácico, que fue clasificado como neumonía, y que pensamos es posible se debió a metástasis intratorácicas; faltan datos para poderlo afirmar.

Observación quinta. — Persona de 61 años, que consulta por primera vez el 10 de abril de 1951, por tener tumor en el seno izquierdo, que notó hace un mes. El pezón está deformado, deprimido, y existe piel de naranja en la parte súpero-externa de la región areolar. La tumoración es dura y no dolorosa. La biopsia señaló cáncer epitelial. Los demás datos, salvo ligera hipertensión arterial y moderado crecimiento prostático, fueron normales.

Se realizó extirpación axilo-mamaria. El examen histológico de la pieza operatoria mostró blastoma epitelial con algunos caracteres que hacen recordar al carcinoide de las vías digestivas. En los ganglios axilares no se apreció metástasis.

El enfermo volvió a consultar el 31 de julio de 1956, cuando tenía 66 años, por presentar tumor mamario derecho con depresión del pezón y salida por él de líquido amarillento. Después de los demás exámenes y previa biopsia que señaló cáncer, se realizó extirpación axilo-mamaria. El examen histológico indicó cáncer epitelial con abundante estroma fibroso y malignidad grado segundo, sin metástasis en los ganglios axilares. A los tres años de operado, el estado es satisfactorio, no encontrándose reproducción alguna.

Algunas consideraciones

Creemos que la más interesante de nuestras observaciones es la última, por tratarse de cáncer bilateral.

Clínicamente apreciamos que en nuestros cinco casos se presentan las siguientes características:

se trató de personas de más de 55 años;
en ninguno existió como antecedente ginecomastia;
no mencionaron traumatismo alguno como dato previo y sólo en uno existió prurito, probablemente más como concomitante que como hecho anterior.

Histológicamente se trató:
en uno, de cáncer epitelial tipo Paget;
en uno, de cáncer muy indiferenciado;
en dos, de tipo canalicular, y
en el cáncer bilateral, en un lado la estructura del blastoma recordaba al carcinoide digestivo, y en el otro lado se trató de escirro.

Treves [24] señala lo muy raro del Paget mamario en el hombre y relata dos casos.

Como tratamiento, lo realizado fue cirugía extirpadora amplia, tipo Halsted, lo que denominamos extirpación axilo-mamaria y que otros llaman mastectomia radical.

A propósito de terapéutica debemos anotar que no han relatado en hombres extirpaciones extraordinariamente amplias, es decir, de pared costal y ganglios mamarios internos, etc.; sin embargo, en un caso de cáncer mamario en hombre que observamos hace veinte años (por lo tanto, antes de 1943), en el que ya habían realizado mastectomía radical, realizamos por gran reproducción axilar y por miembro superior edematoso-gigante, muy doloroso, desarticulación interescápulo-torácica.

Pensamos que siempre que las condiciones lo indiquen y permitan, lo apropiado es realizar extirpación axilo-mamaria (mastectomía radical), y sólo excepcionalmente podrá efectuarse:

sólo mastectomía simple;
operaciones mayores (extirpación axilo-mamaria y, al mismo tiempo, quitar ganglios mamarios internos y supraclaviculares) o
la desarticulación interescápulo-torácica, como en la rara observación mencionada.

En complemento de la cirugía extirpadora y de la röntgenoterapia sola o como terapéutica postoperatoria, otros procedimientos se han señalado para emplear en el cáncer mamario en el hombre (como en el cáncer mamario femenino), son ellos la cirugía de acción hormonal, la hormonoterapia y la quimioterapia.

Traves [23], por ejemplo, aconseja usar la castración en cáncer mamario masculino, aun en casos extirpables, en personas de mayor edad, dado el menor riesgo de la orquidectomía bilateral que de la mastectomía radical, y tomando en cuenta que la sobrevida sería prácticamente igual. En casos avanzados, inoperables, con re-

producciones o generalizaciones, la castración también es recomendada [12, 15, 25, 27 28], habiendo, sin embargo, autores, como English [6] que no se muestran partidarios de esta orquidectomía.

En lo relativo a la extirpación de suprarrenales y de hipófisis en cánceres mamarios masculinos avanzados, la experiencia actual es muy corta para señalar evidentemente sus indicaciones y resultados [12, 27].

Parecidas consideraciones pueden hacerse del uso de opoterapias, pues mientras algunos preconizan el empleo de estrógenos [15, 25], otros recomiendan testosterona [18]. Además se han usado corticoesteroides [27], tiroides, etc.

Por lo anterior, Lewison [19] y Uriburu [28] señalan lo discutible e inseguro de la hormonoterapia en estos casos.

Precisamente el cáncer mamario en el hombre ha dado lugar a discusiones, dado que, como decimos, el tratamiento endocrino aparece como contradictorio.

Es de recordarse que se han señalado, como dijimos anteriormente y hace presente Treves [25], cánceres mamarios en el curso de tratamiento estrogénico por cáncer prostático. A propósito de ello, vale citar que Geschickter y Hartman [8], en monos «rhesus», castrados y no castrados, tanto masculinos como femeninos, usaron dosis altas de estrógenos por largo tiempo (siete años), no logrando producir cambios cancerosos en la glándula mamaria.

A este respecto justo es recordar que, de acuerdo con los trabajos de Lipschutz e Iglesias [16], las hormonas esteroides tienen en los animales de laboratorio tanto acción antitumoral como estimulante tumoral, según un gran número de circunstancias: dosis, tiempo, sustancia empleada, edad y estado del animal, etc., etc.

Volviendo a la medicina humana debemos señalar que cuando una persona que sufre de cáncer prostático recibe medicación estrogénica y llega a presentar cáncer mamario, dos posibilidades son, sobre todo, de tomarse en cuenta, que se trate de cáncer mamario verdadero, primitivo o, como señala Benson [3], de metástasis en el seno de cáncer prostático.

Cuando nos referimos a nuestras observaciones anotamos los casos de tumores benignos y malignos primarios que hemos visto en la región mamaria, pero debemos completar lo anterior, anotando que en esta misma región, en uno o en otro lado, hemos visto metástasis de cánceres melánicos, suprarrenales y tiroideos, pero que en ningún caso la metástasis era central, es decir, correspondiendo a la zona del pezón.

Antes de terminar señalaremos que el diagnóstico diferencial de cáncer mamario en el hombre se puede plantear con:

ginecomastia,
neoplasia benigna,
absceso o flemones,
sífilis mamaria,
metástasis cancerosas.

Y que para resolverlo lo primordial es la biopsia, pero que el cuidadoso, detallado, examen clínico es utilísimo y lo primero que debe realizarse.

El pezón puede retraerse, deformarse, no únicamente por cáncer, sino por alteración inflamatoria y aun sólo por hiperplasia regional.

La salida de sangre por el pezón es dato que hará pensar, sobre todo, en cáncer, pero sin que ello funde eliminar biopsia.

La ginecomastia puede ser bilateral y su consistencia es menor que la propia del tumor canceroso, y el crecimiento, en cambio, es mayor; además de que sus

causas pueden ser ostensibles. Sin embargo, la ginecomastia en personas mayores de cincuenta años debe ser bien afirmada y vigilada por la posible cancerización o simultánea presencia de cáncer.

RESUMEN

De acuerdo con lo observado y la bibliografía consultada, el cáncer mamario en el hombre es blastoma raro; aproximadamente representa el 1 por ciento de todos los cánceres mamarios primitivos (en ambos sexos).

Sus características son comparables a las que corresponden al cáncer mamario dominante, es decir, al femenino, debiendo señalarse a este respecto algunas similitudes y algunas diferencias.

Su situación es casi siempre central, en el pezón o cerca de él y frecuentemente altera el mencionado pezón.

La ulceración parece ser algo más temprana que en el cáncer mamario femenino.

Se observa, sobre todo en personas después de los cincuenta años, es decir, que su promedio de presentación es tardío en relación con el blastoma femenino.

Su categoría histológica dominante es la epitelial y en eso imita lo que acontece en el caso de la mujer.

Las formas estructurales microscópicas corresponden con alguna preferencia a los canaliculares y con desarrollo del tejido conjuntivo, es decir, con tendencia a escirro.

Apreciamos que la gravedad del padecimiento es igual a la del mismo en la mujer, aunque algunos opinan que es mayor.

Su diagnóstico se afirma por la biopsia y el detallado examen clínico, radiológico y de laboratorio, y es indispensable realizarlo íntegramente antes de cualquier planteamiento terapéutico.

El tratamiento de elección es la cirugía inmediata amplia, es decir, la extirpación axilomamaria (mastectomía radical) cuando metástasis no la contraindican u otras circunstancias lo impidan.

Mastectomía simple o, por el contrario, extirpaciones muy grandes, sólo deberán realizarse en casos de excepción.

El empleo de orquidectomía y otras mutilaciones endocrinas y lo referente a medicaciones opoterápicas está en estudio y no existe criterio uniforme al respecto. Si la hormonodependencia del cáncer mamario femenino es aún problema, es decir, cuestión dudosa, en el cáncer mamario masculino las dudas son todavía mayores.

La quimioterapia está en ensayo para casos avanzados que la permitan.

En síntesis, el cáncer mamario en el hombre es blastoma raro, grave, que requiere en etapa local o regional, terapéutica quirúrgica, radioterapia o ambos. En sus estadios avanzados, su tratamiento es aún motivo de discusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas, Normando, y Di Guglielmo, Lorenzo.—«Cáncer de mama en el hombre». *Revista Médico Latino-Americana*, año XXIV, núm. 284, págs. 832 a 842. Buenos Aires, Argentina, mayo 1939.
2. Beaujmn, Oscar.—«Dos casos de tumores de la glándula mamaria en el hombre». *Boletín de los Hospitales*, vol. L, núm. 1, págs. 22 a 28. Caracas, Venezuela, enero-febrero 1951.
3. Benson, Walter, R.—«Carcinoma of the prostate with metastases to breatst and testis». *Cáncer*, vol. 10, núm. 6, págs. 1.235 a 1.245. Filadelfia, Pen. U. S. A., noviembre-diciembre 1957.
4. Charache, Herman.—«Tumors of the male breast». *Surgery*, vol. 7, núm. 6, págs. 889 a 899. St. Louis, Mis. U. S. A., junio 1940.
5. Duval C., Enrique.—«Cáncer de la mama del hombre». *Revista Médica de Chile*, año LXXV, núm. 8, págs. 525 a 530. Santiago, Chile, agosto 1947.
6. English, Crisp.—«Diseases of the breats». (J. & A. Churchill Ltd.) Págs. 55 a 62. Londres, Inglaterra, 1948.
7. Geschickter, Charles F.—«Enfermedades de la mama». Traducción. (Ediciones La Fragua). Buenos Aires, Argentina, 1951. Págs. 629 a 645.
8. Geschickter, Charles F., and Hartman, *Carl* G.—«Mamary response to prolonged estrogenic stimulation in the monkey». *Cáncer*, vol. 12, núm. 4, págs. 767 a 781. Filadelfia, Pen., U. S. A., julio-agosto 1959.

9. Gilbert, Judson B.—«Carcinoma of the male breast». *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LVII, núm. 4, págs. 451 a 466. Chicago, Ill., U. S. A., octubre, 1933.
10. Guilera, Luis G.—«Enfermedades de la mama». (Salvat, Editores). Barcelona, España, 1955. Págs. 526 a 531.
11. Guthorn, Peter J.—«Carcinoma of the male breast: a report of fifteen cases». *The Military Surgeon*, vol. 109, núm. 2, págs. 110 a 114. Washington, D. C., U. S. A., agosto 1951.
12. Haagensen, C. D.—«Enfermedades de la mama». Traducción. (Editorial Bibliográfica Argentina). Buenos Aires, Argentina, 1959. Págs. 875 a 884 y págs. 862 a 865.
13. Hartmann, Henri.—«Tumeurs du sein. (Masson & Cia.). París, Francia, 1951. Págs. 100 a 101.
14. Howard, Richard R., and Grosjean, Wendell A.—«Bilateral mamary carcinoma in the male coincident with prolonged stilbestrol therapy». *Surgery*, vol. 25, núm. 2, págs. 300 a 303. St. Louis, Miss., U. S. A., febrero 1949.
15. Huggins, Jr. Charles, and Taylor, Grantley W.—«Carcinoma of male breast». *Archives of Surgery*, vol. 70, núm. 2, págs. 303 a 308. Chicago, Ill., U. S. A., febrero 1955.
16. Iglesias, Rigoberto.—«Antitumorigenic and tumor-stimulating actions of steroid hormones». *Cáncer*, vol. 10, núm. 4, págs. 734 a 737. Filadelfia, Penn., U. S. A., julio-agosto 1957.
17. Jacinto, Oscar P., y Celis, José A.—«Plasma cell mastitis. A survey of cases at the Santo Tomas University Hospital and a report of eight new cases». *Santo Tomas Journal of Medicine*, vol. XII, núm. 5, págs. 332 a 339. Manila, Filipinas, septiembre-octubre 1957.
18. Karlen, Máximo A., y Ferreira-Berrutti, Pedro.—«A propósito de un cáncer de mama en el hombre». *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, tomo XXIII, núm. 3, 4, págs. 267 a 285. Montevideo, Uruguay, 1952.
19. Lewison, Edwar» F.—«Breast Cancer». (The Williams & Wilkins Co.). Baltimore, Mar.. U. S. A., 1955. Págs. 454 a 468.
20. López Fernández, Orlando.—«Cáncer de la mama en el hombre». *Archivos Cubanos de Cancerología*, vol. 6, núms. 7, 8, 9, págs. 262 a 2654. Habana, Cuba, julio a septiembre 1947.
21. Nogués, Armando E.—«Enfermedades de la mama». (López & Etchegoyen). Buenos Aires, Argentina, 1955. Págs. 537 a 539.
22. Scopinaro, Arturo J.—«Cáncer de mama en el hombre». *Revista de Cirugía de Buenos Aires*, año XV, núm. 4, págs. 212 a 220. Buenos Aires, Argentina, abril 1936.
23. Treves, Norman.—«Castration as a therapeutic measure in cancer of the male breast». *Cáncer*, vol. 2, núm. 2, p6gs. 191 a 221. N. York, N. Y., U. S. A., marzo 1949.
24. Treves, Norman.—«Paget's disease of the male mama». *Cáncer*, vol. 7, núm. 2, pág. 325 a 330. Filadelfia, Pen., U. S. A., Marzo 1954.
25. Treves, Norman, and Holler, Arthur.—«Cancer of the male breast». *Cancer*, vol. 8, núm. 6, págs. 1.239 a 1.250. N. York, N. Y., U. S. A., noviembre-diciembre 1955.
26. Treves, Norman.—«Gynecomastia». *Cancer*, vol. II, núm. 6, págs. 1.083 a 1.102. Filadelfia, Pen., U. S. A., noviembre-diciembre 1958.
27. Treves, Norman.—«The treatment of cancer, especially inoperable cancer, of the male breast by ablative surgery (orchiectomy, adrenalectomy, and hypophysectomy), and hormone therapy (estrogens and corticosteroids)». *Cancer*, vol. 12, núm. 4, págs. 820 a 832. Filadelfia, Pen., U. S. A., julio-agosto 1959.
28. Uriburu, Julio V.—«La mama». (Editorial Científica Argentina). Buenos, Aires, Argentina, 1957. Págs. 446 a 451.
29. Zuckermann, Conrado.—«Algunos hechos importantes del cáncer mamario». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXI, núm. 7, págs. 197 a 220. México, julio 1953.
30. Zuckermann, Conrado.—«Tumor angiomatoso y plasmocitario axilomamario». *Cirugía y Cirujanos*, año XXIII, núm. 7, págs. 343 a 355. México, julio 1955.
31. Zuckermann, Conrado.—«Mastopatías funcionales. Mastosis endocrinas». *Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer*, año XXIV, núm. 1, págs. 3 a 32. México, enero 1956.

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

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960

LA TUBERCULOSIS URO-GENITAL DESDE EL ÁNGULO DE SU EVOLUCIÓN (*)

POR EL

DR. ANTONIO PUIGVERT

BARCELONA

En 1925 fui, por primera vez, testimonio de una nefrectomía por tuberculosis, practicada en un muchacho de unos 20 años, y todavía recuerdo la enorme impresión que me produjo aquel acto quirúrgico; pero mayor fue mi sorpresa cuando el actor, mi maestro, SERÉS, al examinar la pieza a expensas de tan importante mutilación, con gran regocijo, sólo pudo descubrir una pequeña lesión ulcerosa en una papila renal; el resto del riñón era normal, lo cual constituía una fina precisión diagnóstica que justificaba el mérito de tan prematura exéresis a pesar de que el resto del riñón se encontraba indemne a la infección.

Lo último ya me llamó la atención en aquel entonces, simple estudiante, al observar que por una pequeña lesión circunstancial en una víscera, resultante de una infección general, fuese extirpada la mitad de la masa visceral sin mayor atención terapéutica causal de tal lesión.

Aquello, si bien me impresionó profundamente, no justipreció mi sorpresa, ya que, a tenor de las teorías de la época, se había realizado una gran hazaña terapéutica y un gran bien al paciente, apoyada en la tesis de que la tuberculosis en el riñón «no cura», y sólo la extirpación precoz del órgano afectado, con independencia de la extensión del mal, podía curar al paciente; alto precio para tan hipotético fin.

El tiempo se encargó de aumentar mis dudas y despertar mi inquietud, al seguir con amargura el curso clínico de aquel muchacho, que marchó por uno de los caminos de la evolución habitual de la enfermedad; meses después recrudeció con virulencia la fenomenología vesical, progresivamente se agravó el estado de aquel fenómeno que, con el intento de curar su infección, había contribuído con la pérdida de un órgano vital casi sano.

Pero lo más grave en estos casos y en aquellos tiempos, era que, con tal pago, se consideraba saldada la enfermedad, lo que justificaba eludir la más elemental prudencia médica, higiénica y dietética que facilitara la liquidación de los rescoldos de la infección, a los cuales se sobreañadía la enfermedad operatoria;

(*) IV Curso de Conferencias organizado por la Excma. Diputación Provincial de Burgos, en el Hospital Médico-Quirúrgico, bajo la dirección del Dr. J. Inclán. 1958.

la equívoca creencia de haber realizado un mayor esfuerzo y total contribución para la curación, justificaba la tranquilidad del paciente y el abandono ulterior de la infección que seguía latente.

Los viejos conceptos, de diagnóstico precoz, unilateralidad y nefrectomía precoz repetidos por boca del maestro, cual eco del mundo urológico, resonaban a aleluya y meta decisiva, si bien más tarde el curso de los años y la experiencia han revelado el equívoco de tales ideas.

En aquel paciente, al igual que con dolor, pude comprobar en experiencias propias lo equívoco de tales pronósticos y los inconstantes resultados de aquel método de curación puesto en práctica con alegre precocidad. Contrariamente, pude observar, con rubor agradable, pacientes quienes, no aceptando una inmediata acción quirúrgica mutiladora, tal como los cánones de la época señalaban, acudían más tarde a mostrar el triunfo aparente sobre su enfermedad por la remisión sintomática sin el precio de una mutilación; pero también en tales casos el éxito no siempre es definitivo, ya que, con singular frecuencia, algunos de estos pacientes, más tarde, aquejan trastornos generales y urinarios con apariencias de una enfermedad y, al parecer, independiente de la primera, olvidada por el largo paréntesis de años en buen estado de salud, por cuya razón cronológica, la infección tuberculosa inicial que se considera erróneamente resuelta.

Estas consideraciones —y, entre otras, la experiencia de treinta años de observación de más de mil quinientos pacientes de tuberculosis renal, en muchos de éstos cuidadosamente vigilados durante años— justificaron la revisión de tal problema y la sintetización de los nuevos conocimientos que acerca de la tuberculosis renal tenemos, no sólo en el aspecto terapéutico, en que tantas aportaciones farmacológicas se han producido, sino también poder constatar con más detalle y tiempo la evolución de la enfermedad local, observando el paralelismo con la infección general, y, finalmente, valorar las características anatomo-funcionales que la curación más o menos espontánea o dirigida imprime al sistema urinario al superar la fase de la infección, con las modificaciones histocíticas que la reparación de las lesiones que la tuberculosis haya producido.

En los últimos años, la mejor y más minuciosa observación de los pacientes, favorecida por la postergación de la terapéutica mutiladora, y la acción de las múltiples drogas, han dado lugar a una nueva panorámica clínica de la enfermedad e incluso histopatológica, de todo lo cual nuevas directrices terapéuticas se imponen.

De aquí ha surgido la necesaria revisión de la evolución clínica para la valoración exacta de los nuevos síntomas y las oportunidades de la terapéutica, ya que la nefrectomía precoz y rutinaria, tantos años practicada, ha dado paso a la nefrectomía oportuna, a la nefrectomía parcial, a la ureterectomía segmentaria, a la enterocistoplastia, etc., a más de las variadas terapéuticas farmacológicas e higiénicas que por su sencillez se barajan en primer plano y cuyo interés no es menor; la acción de todos estos elementos en íntima comunión han resultado más eficientes que aisladamente, y los resultados curativos, mejorados en alto grado.

¿Cómo deben ser valorados los pequeños síntomas?

¿Cuándo y cómo deben ser investigados éstos y con qué métodos de exploración? ¿Cuándo el paciente debe ser sometido a la acción de una u otra terapéutica? ¿Cuándo debe intervenir la cirugía? Esta, ¿será mutilante, correctora o sustitutiva?

Es indudable que en la práctica clínica cualquier manifestación subjetiva que el paciente exponga, o cualquier signo, debe ser atendido; no es infrecuente que

los enfermos acudan por uretritis inespecíficas, en apariencia banales; otros aquejan repetidas crisis de cólico renal, sin o con expulsión de cálculo, por albuminuria pertinaz; otro, por cistopatías intercurrentes y fugaces, etc. En tales casos no debemos quedar satisfechos con la simple desaparición del síndrome sin una clara explicación etiopatogénica. Debemos esclarecer la etiología, y sólo así completaremos nuestra misión, pues de finalizarla, como ocurre con frecuencia, con el resultado satisfactorio de cualquier terapéutica antibiótica o sulfamídica, puede conducir a enmascarar un proceso patológico de mayor gravedad, cuya oportunidad curativa se escapa de nuestra mano.

El interés de la valoración de éstos y otros pequeños trastornos urinarios iniciales facilita la oportunidad cronológica de establecer una terapéutica farmacológica que pueda resolver la infección que sufre el paciente en su fase inicial; ante cualquiera de los síntomas citados, u otros en apariencia banales, pero que no alcanza a establecer su etiología clara; pero si además están precedidos o acompañados de síntomas de infección tuberculosa reciente en otro sistema, se debe insistir en su esclarecimiento, y si este fin es alcanzado, advertir al paciente la posible trascendencia, para su mejor vigilancia.

Actualmente disponemos de dos procedimientos de investigación que, por la absoluta innocuidad de uno, cual es los exámenes de orina y sangre y la tolerancia de otro método, como son los exámenes urográficos, a través de los cuales, y bajo fina observación, podremos descubrir signos evidentes o sospechosos de la infección tuberculosa urinaria antes de sus manifestaciones clínicas, que autoriza la terapéutica curativa incruenta oportuna.

En este período inicial y silencioso de la infección o de incubación en el sistema urinario, es cuando los fármacos, el reposo y la dietética son operantes en toda su efectividad, merced a los cuales el paciente puede alcanzar no sólo la completa curación sin mutilación, sino, además, con la casi completa «restitución ad integrum» funcional en que polariza el fin más completo.

La cirugía en la infección tuberculosa actualmente cede paso a la farmacología, y es este último tratamiento el que asume la responsabilidad curativa; la cirugía tiende a quedar relegada a una acción complementaria en el tratamiento de la tuberculosis. Su principal misión será correctora, con el fin de situar los órganos en la línea que la recuperación funcional exija, dando cada día menor valor a la morfología residual.

Por esta razón será correctiva, y en algunos casos frecuentes, como es la vejiga retraída, y en algunas lesiones ureterales con integridad renal, será sustitutiva; la mutilación (nefrectomía en este caso) será siempre de excepción y justificada por razones poderosas; no debemos dudar entre la cirugía conservadora y la exéresis del riñón por la posibilidad del posterior fracaso de la primera, que obligue a la mutilación definitiva; esto último no puede ser tenido en cuenta para decidir la fácil y cómoda nefrectomía total.

La contestación del anterior cuestionario pretende esclarecer incógnitas que constituyen la problemática actual, que nuevos conocimientos han planteado, obligándolos a revisar el problema clínico y terapéutico de la infección tuberculosa. Este intento conduce a bucear en la patogenia para descubrir los síndromes iniciales de la acción bacilar en el riñón y poder emplear con oportunidad y eficacia la terapéutica farmacológica, que tan brillante acción tiene en el comienzo de la infección.

La postergación de la mutilación rutinaria y la vigilancia prolongada en tales pacientes, han dado lugar a la observación de lesiones, en apariencia nuevas, y a manifestaciones clínicas que antes eran menospreciadas o desapercibidas y actualmente reconocidas y valorizadas progresivamente, precediendo la sintomatología de predominio vesical, «tan llevada y traída» durante diez años como principal vocero de la tuberculosis renal.

Esta profunda modificación clínica ha influído sobre los métodos de examen; así, la cistoscopia y el cateterismo ureteral para recolectar orina separadamente de cada riñón, rutinariamente utilizados a la menor sospecha de infección tuberculosa, han sido abandonados como examen habitual; el cateterismo ureteral se ha limitado a ser simple medio para la P. A., actualmente restringida por la P. D., cuya sencillez y tolerancia permite su repetición sin inconvenientes y cuyas informaciones son más completas por su doble valor funcional y morfológico; la actual orientación en la exploración de estos pacientes constituye un singular avance que permite la cómoda valoración de pequeños signos antes de dar manifestaciones clínicas.

No se puede olvidar que la infección urinaria por el B. K. constituye una entidad nosológica global del sistema; por ello debemos apartarnos de la errónea titulación de principio que encierra el calificativo «Tbs. renal», que sólo expresa la equívoca limitación a una de las lesiones en un elemento del sistema. Este criterio localista ha favorecido, durante años, el acantonamiento de la terapéutica y consiguiente menosprecio de las restantes lesiones coincidentes en el aparato urinario y que muchas suelen influir en la evolución de la enfermedad.

Por otra parte, la postergación de la nefrectomía precoz en espera de alcanzar su oportunidad, o el eludirla, ha obligado la mejor vigilancia de los enfermos. Al observar la evolución de las lesiones se puede comprobar que en muchos casos la curación sintomática, si bien en ocasiones es a expensas de profundas modificaciones residuales debidas a la reparación tisular, con las consiguientes alteraciones anatomo-morfológicas en el riñón con o sin repercusión funcional, cuando la reparación de tales alteraciones morfológicas o topográficas influye en la función urinaria, débense valorar tales lesiones por su acción, para proceder a la corrección de las mismas con el solo fin de recuperar o mejorar la función urinaria. Estas consecuencias de la curación espontánea de la infección constituyen una modalidad evolutiva muy importante de la enfermedad, que antaño, con la mutilación precoz y rutinaria, pasaban desapercibidas y sólo eran justipreciadas cuando se producían en la vejiga o en el riñón adelfo, en el cual los medios de actuación eran poco eficaces, y en tales condiciones la terapéutica se dirigía a la conservación del riñón único. ¿Por qué no seguir igual norma conservadora en la infección renal cuando es clínicamente unilateral? Esta pregunta obliga a valorar los medios terapéuticos de que disponemos y, en especial, el momento oportuno de su empleo con fines conservadores.

Estas razones evolutivas y la madurez de las soluciones terapéuticas aplicables a las mismas, obligan a su revisión, pues postulados como el de PAPIN, que en 1927 calificaba la enterocistoplastia, hoy tan debatida, con falsos visos de novedad, de operación acrobática destinada al fracaso, la experiencia actual ha incorporado esta técnica, como otras muchas, al arsenal terapéutico corrector de las secuelas curativas de la infección tuberculosa, que, finalizada la actividad infectante del germen, restan en los órganos, produciendo graves alteraciones morfológicas que la reparación sustitutiva de los tejidos dañados ha dado lugar.

Veamos qué enseñanzas de orden clínico y terapéutico podemos recoger para el futuro de esta afección.

Primeramente debemos destacar tres períodos en la evolución de la tuberculosis urinaria: la fase «pre-clínica» o la incubación renal, que corresponde al período durante el cual la infección, con frecuencia, pasa inadvertida hasta que posteriormente las consecuencias anatómicas la descubren, bien por ellas solas o por reactivación de la infección; al producir nuevos focos en el resto sano del sistema, se revela como proceso activo con el que se inicia la fase clínica de la enfermedad, cuya sintomatología es de viejo conocida; incluso en esta ocasión, el estudio completo del enfermo suele descubrir los estigmas de la fase pre-clínica, que transcurrió en silencio. En el mejor conocimiento de este período de ataque de la infección, cuya fenomenología clínica, por anodina y escasa, nos es poco conocida, debemos dirigir nuestras investigaciones para definir los signos constitutivos de la fase pre-clínica y facilitar su pronta identificación.

La fase clínica, con sus altibajos, bien estudiada, constituye de antaño la pieza angular de la problemática; la cistitis, con sus características de aparente espontaneidad; la polaquiuria, con destacado predominio nocturno, que la hace confundible con los trastornos miccionales del prostatismo; la hematuria, con características poco específicas; el hallazgo de B. K. en la orina, signo revelador etiológico de la infección, y los signos urográficos, constituyen valores fundamentales. Ha sido mediante la urografía, la fuente de mayor información que hemos podido alcanzar, el conocimiento más aproximado de la iniciación y extensión de las lesiones y su repercusión en el resto del sistema, y de tales informaciones, la oportunidad para el plan terapéutico a desarrollar en cada paciente.

Finalmente, un tercer período de la infección tuberculosa en el sistema urogenital tiene hoy mayor interés, pues sus características clínicas pueden confundirnos y perder oportunidades que faciliten la recuperación del órgano afectado, que en ocasiones puede comprometer la vida del paciente. Me refiero al período post-infeccioso agudo, en que el ataque bacilar ha decrecido al punto que muchas de las lesiones han curado, los signos de infección aguda han desaparecido y las lesiones residuales con frecuencia han perdido incluso las características histocíticas que la infección causal imprimió con signos específicos.

Con frecuencia en estos casos parece nos hallamos ante una nueva enfermedad, cuando en realidad se trata del último episodio evolutivo de la infección en el sistema urogenital; principalmente se trata de la acción nociva de las alteraciones que la curación provoca sobre el resto indemne de la infección que durante años pasó desapercibida al clínico y al patólogo, ya que si bien este último la conocía e incluía dentro de la patología morfológica de la infección, sin el sustento de la estimación clínica de las lesiones carece de interés.

En la actualidad, el valor de tales lesiones residuales estriba, primero, en su influencia sobre el resto del sistema, que curó o quedó indemne a la infección, y, segundo, en la posibilidad de eliminar tal acción y reponer los órganos afectados a su normalidad funcional, independientemente de la normalidad morfológica, que en tales ocasiones debemos relegar a segundo término.

En la actualidad cobran interés los dos períodos extremos de la evolución de la tuberculosis uro-genital: la fase «pre-clínica» y el «secundarismo», pues, aparte de su exacta estimación, la oportunidad de los diferentes medios terapéuticos y su aplicación, muy distinta en cada período, puede ser en cada caso resolutiva.

En la fase pre-clínica, la eficacia de los fármaos específicos de que disponemos es máxima, al punto de poder alcanzar la curación con las mínimas secuelas, ya que en este período la infección, limitada a la zona cortical, no suele afectar a las vías y las secuelas curativas son mínimas, estrictamente locales y sin repercusión

en el resto del órgano; en realidad, puede parangonarse a la congestión pulmonar, mejor conocida por su evidente traducción radiológica, y cuyos estigmas son mínimos. Superado sin curación el período pre-clínico, es cuando la infección provoca lesiones anatómicas más extensas, que requieren para su curación la reparación fibrosa, y la gran oportunidad farmacológica ha decrecido, pues la curación comporta la sustitución tisular con las consiguientes secuelas, y no está en nuestra mano dirigir este mecanismo de curación; sólo podremos vigilarlo en espera de acudir cuando la reparación dé lugar a modificaciones anatómicas que influyan en la función urinaria alterándola o inhibiéndola temporalmente con el riesgo de anularla definitivamente. En estas condiciones debemos actuar para salvar la función del órgano e incluso al individuo, modificando lo que la curación provocó, consecuencia de su anarquía reparadora.

Con ello se inicia el tercer período de la evolución, y nuestra postura terapéutica será independiente de la repercusión funcional provocada por las alteraciones estructurales de la curación, pues la actividad infectante, como elemento patógeno, ha trascendido a un segundo plano, al punto que la infección residual está sostenida por las propias secuelas curativas, y al corregir éstas podremos observar cómo la infección cesa y las lesiones, al parecer activas, desaparecen.

En la actual visión panorámica de la tuberculosis urinaria debemos prestar igual, por no decir mayor, atención a las dos fases extremas de la evolución de la enfermedad; en la primera, su interés estriba en el precoz descubrimiento, ya que la terapéutica farmacológica tiene su mejor oportunidad y su acción puede soslayar las consecuencias de la evaluación curativa; cuando las lesiones se desarrollan en las vías, sus consecuencias deben ser vigiladas para la oportunidad de la intervención terapéutica mixta, farmacológica y quirúrgica, que, ordenada a tiempo, puede salvar la función, a costa, si es necesario, de la morfología del órgano.

RESUMEN

La infección urinaria por el bacilo de Koch constituye una entidad nosológica global del sistema, por lo cual nunca debe considerarse con un criterio meramente localista.

Es importante destacar en la evolución de la tuberculosis urinaria tres períodos: la fase preclínica o de incubación renal; la fase clínica, con sus altibajos característicos, y el período postinfeccioso agudo.

En la actualidad los dos períodos extremos tienen un gran interés, pues de su exacta estimación y de la oportunidad de los medios terapéuticos empleados dependerá la salvación de la función renal y la curación del paciente.

Dirección: Provenza, 345. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960

OSTEOSÍNTESIS POR ENCLAVIJAMIENTO METÁLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS

POR EL

DR. JAVIER VIAR FLORES

MÉDICO, POR OPOSICIÓN, DE LA BENEFICENCIA MUNICIPAL
CIRUJANO, POR OPOSICIÓN, DEL HOSPITAL NOBLE
CIRUJANO JEFE DE CLÍNICA, POR OPOSICIÓN, DE LA RESIDENCIA «CARLOS DE HAYA»

MÁLAGA

I

EXPOSICIÓN GENERAL

PUEDE decirse que la iniciación científica del uso de las síntesis metálicas en el tratamiento de las fracturas se lo debemos a LAMBOTTE, célebre cirujano belga que en el año 1907, con la descripción y puesta en uso de sus placas metálicas y de los tornillos, comenzó una era quirúrgica nueva en la traumatología ósea.

Casi simultáneamente se había iniciado en Viena, por LEXER, el llamado *bolzung* o enclavijamiento de los extremos fracturarios con injertos autógenos o con clavijas de marfil, y por HEINE y GROVES, con clavijas metálicas, en Inglaterra.

Durante varios años se estuvieron realizando intervenciones bajo esta directriz; pero los muy frecuentes fracasos, por las graves infecciones que a menudo sobrevenían, hicieron abandonar el método casi totalmente, y sólo de manera esporádica se realizaba.

A este respecto quiero recordar que hace algún tiempo, allá por 1945, intervine un enfermo proviniente de la Argentina, con un flemón difuso inicial de dedo medio de la mano derecha y extendido a regiones palmares profundas, el cual había sido producido por una fijación *in situ* de una bacteriemia —una furunculosis—, en una fractura antigua de la falange proximal, y que había sido intervenida en el año 1918 por un cirujano español, el doctor AVELINO GUTIÉRREZ, nacionalizado argentino.

Este enfermo tenía puesta una placa metálica de plata, ya disgregada y que había estado sujeta con dos pequeños tornillos a dicha fractura de la primera falange. Fue necesario hacer, aparte de los desbridamientos usuales, la desarticulación del dedo.

También en ocasiones menos raras hemos quitado alambres o cintas metálicas de Parhan, los cuales, por los materiales metálicos usados, inadecuados por su constitución, originaban estados de irritación tisular o focos de necrosis óseas.

El descubrimiento de nuevas aleaciones metálicas, como el vitalium —que es una aleación de cromo, molibdeno y cobalto—, el cual, sin embargo, no es útil en algunos tipos de enclavijamiento por su gran maleabilidad, y de materiales más frecuentemente utilizables, como son el acero Kropp V. 2, que es una aleación con un 18 por ciento de cromo y un 8 por ciento de níquel, permitieron reiniciar, coincidiendo con la era de los antibióticos y bacteriostáticos, el uso de las prótesis metálicas en el tratamiento de las fracturas.

Sin duda alguna, una de las más originales ideas, al parecer, fue tenida por KUNTSCHER, quien publicó en 1940, en *Archiv für Klinische Chirurgie*, su técnica de enclavijamiento medular con los clavos trilaminares o, mejor dicho, clavos huecos con tres aristas, modificados a posteriori, hendiéndolos a toda su longitud, con lo que los hizo más adaptables a las diferencias de calibre del conducto medular óseo.

Antes de esta publicación, JERUSALEM, en *Der Chirurg*, y SMITH-PETTERSEN, en *Archiv of Surgery*, en 1931, habían dado las bases del tratamiento de las fracturas del cuello de fémur con el clavo trilaminar de Smith-Pettersen.

Sin duda, lo original del método de Kuntscher consistía en el uso del clavo trilaminar o, mejor dicho, con tres semiaristas y hueco, y, como hemos dicho antes, hendido a todo lo largo, y además, el sentar los primeros jalones en la ordenación y sincronización operatoria de estas síntesis metálicas.

Pero, al parecer, los primeros de esta técnica quirúrgica fueron los hermanos RUSH, en el Memorial Hospital de Meridian, Missisippi, en 1937, quienes publicaron los primeros casos con radiografías en el *American Journal of Surgery*, en 1937, y en el *Journal of Bone and Joint Surgery*, en 1938.

En estas fechas, también ya KIRCHNER, en la Charité de Berlín, usaba el muy conocido alambre que lleva su nombre, para fijar las fracturas de la clavícula.

En nuestro país ha sido MARTÍN LAGOS quien hizo las primeras intervenciones de enclavijamiento medular en las fracturas de los huesos largos y las publicó en la *Revista de Traumatología*, en 1944.

Los nombres de SIERRA CANO, GÓMEZ NAVARRO, SANCHÍS OLMOS, ZARAPICO, GASCÓ, ECHEVERRI, GARCÍA PORTELA, RODRÍGUEZ VALDÉS, HERNÁNDEZ ROS, etc., juntos con otros que siento no recordar, van unidos subsiguientemente a esta modalidad quirúrgica en el tratamiento de las fracturas. En Francia es el genial ROCHER, y en Portugal, BORJA ARAÚJO, los paladines del procedimiento.

INDICACIONES

Tras este pequeño bosquejo histórico del proceder quirúrgico, haré un somero estudio de las indicaciones, que, aunque no son muy extensas, éstas, ya sancionadas por la práctica a través de innumerables publicaciones, ofrecen, sin duda, grandes ventajas.

La primera indicación, incluso para los más reacios al proceder, la tienen que constituir, sin duda alguna, todas aquellas fracturas, sobre todo las de los huesos largos, que no consiguen reducirse y mantener la reducción con las maniobras clásicas de extensión, contraextensión y escayolado con o sin transfixión ósea a lo Böhler. Forman la base de esta indicación todas las fracturas de clavícula, húmero cúbito, radio, fémur, tibia y dedos, cualquiera que sea el tipo de ellas, lógicamente con desviaciones grandes de los fragmentos, sean transversales, conminutas o espiroideas, en las cuales, tras una prueba inicial con los procederes clásicos, veamos no se mantiene la reducción obtenida en la mesa ortopédica.

Segunda indicación de los enclavijamientos medulares la constituyen el ser los traumatizados ancianos o adultos. Los niños, generalmente, y salvo contadas excepciones, pueden substraerse al procedimiento, por la mucho mayor facilidad de reducción y del mantenimiento de la misma, excepto en algunos casos de fracturas del codo y rodilla.

Tercera indicación, pese a que tiene bastantes detractores, la constituyen las fracturas complicadas, es decir, las fracturas abiertas, cuando la contaminación consideremos no ha sido excesiva. Por ejemplo, un campesino herido, con extensos aplastamientos y gran exposición del foco fractural a contaminaciones con estiércoles, o heridos albañiles, contaminadas sus lesiones cuando trabajan en letrinas o cloacas.

Estos lesionados no deben tratarse con este proceder, pues es muy probable que la infección del foco fractural no pueda evitarse *per se* y no por el enclavijado. Son heridos en los que en algunos casos —aunque raros— hay que dejar parcialmente sus lesiones con un drenaje amplio, y bien inmovilizados en vendajes de escayola; con su tracción-extensión y amplias ventanas en el escayolado para vigilar la evolución de sus lesiones y poder proceder con rapidez ante la presencia de complicaciones.

Cuarta indicación del enclavijamiento la constituyen los retardos de consolidación y las pseudoartrosis.

Cuando con el enclavijado se consigue una fuerte compresión de los extremos fracturarios, de los cuales es necesario quitar en la intervención los opérculos óseos y ósteofibrosos formados, cuando se hace la intervención a cielo abierto, aunque también puede realizarse el enclavijado cuando no hay desviación fragmentaria, desde la metáfisis, con el auxilio de largas fresas para perforar los extremos de la fractura ocluídos por la neoformación ósteofibrosa, repito, cuando se consigue una fuerte compresión de los extremos de la fractura con el clavo intramedular, la consolidación se verifica rápidamente.

Casi siempre debe asociarse al enclavijado la colocación de pequeños chips óseos alrededor del foco fractural o un pequeño injerto autógeno sacado de cresta iliaca o tibial.

II

Resumen expositivo por regiones tratadas

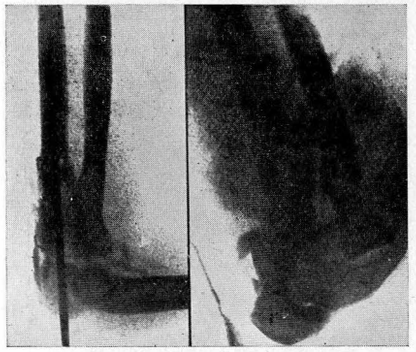
Fracturas de clavícula.—Sean o no conminutas y en personas adultas, cuando las desviaciones son acentuadas, y aunque sabemos todos por experiencia que estas fracturas consolidan rápidamente y curan bien con cualquier proceder, hay casos, no excepcionales, en los que, por la gran desviación y el enorme grosor de callo que se forma, dan lugar a secuelas principalmente por englobamientos parciales del plexo braquial.

Estos casos son tributarios del enclavijamiento medular a lo Kirchner, de una simplicidad máxima. Es suficiente la anestesia local, y tras el abordaje de la fractura con un colgajo para que la línea de sutura de piel no caiga encima de la zona ósea, se liberan los extremos de la fractura y se introduce un alambre de Kirchner de unos 12 centímetros de longitud por 2 milímetros de grosor en el fragmento distal de la fractura, haciendo la introducción del alambre desde el foco de fractura hacia afuera, para salir a nivel de la articulación acromio-clavicular, dejando salir casi totalmente el alambre de Kirchner hasta que el extremo del mismo que va sujeto al perforador quede a nivel del foco fractural.

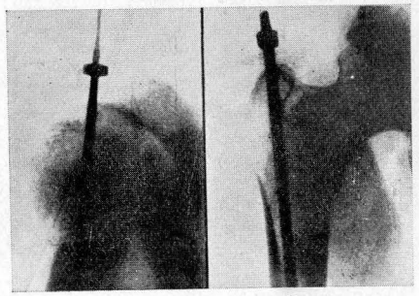
Se desconecta entonces el perforador del alambre y se le acopla en el otro extremo del mismo, en la parte del alambre que hemos hecho salir a nivel del acromión, y después de haber reducido la fractura y bien acoplados sus extremos, se realiza la introducción del alambre en dirección inversa, es decir, de fuera hacia adentro, para enhebrarlo, por decirlo así, en la cavidad medular del fragmento interno de la clavícula fracturada.

Es necesario vigilar que la introducción del alambre en este momento sea bien dirigida y no introducirlo más que 3 ó 4 centímetros, a lo sumo, para evitar una falsa vía que podría originar una lesión vascular.

Es suficiente un apósito local y una charpa de sostén del antebrazo, y después de dieciocho a veinte días, iniciar los movimientos de elevación del hombro.



Radiografía núm. 1



Radiografía núm. 2

La recuperación de estos enfermos es bastante más rápida que con los métodos conservadores.

Análoga técnica puede seguirse en las luxaciones acromio-claviculares, aunque en estos casos me valgo de la colocación de un tornillo acromio-clavicular o clavículo-coracoideo, o de la sutura con nylon, que hace un par de años describí en la revista *Cirugía, Ginecología y Urología.*

Fracturas de húmero.—Desde luego, en las fracturas transversales y en las espiroideas, cuando no se consiga la reducción con los clásicos medios del aparato de abducción con o sin tracción a través de un Kirchner puesto en olécranon y con un pequeño estribo sobre el mismo aparato de abducción, o hayamos fracasado con la tracción cenital a lo Zeno, debe hacerse enclavijamiento.

El enclavijamiento intramedular resuelve estos casos más seguramente que los demás procederes, y la reducción es totalmente anatómica.

Su técnica tampoco ofrece grandes dificultades, pudiendo hacerse el enclavijamiento desde arriba hacia abajo, o a la inversa, según sea la localización de la fractura.

Pueden utilizarse bien los clavos de Rocher, o los acanalados de Kuntscher, o los de Rush.

Cuando la fractura es de tercio superior o medio, debe hacerse la introducción desde arriba, e incluso en algunos casos de localización fractural en tercio inferior.

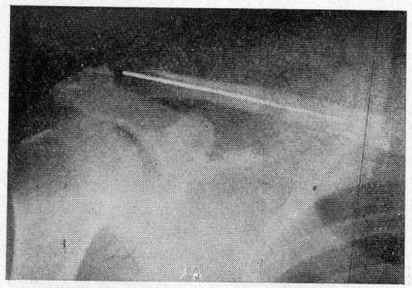
La intervención se realiza, como todos sabemos, abriendo primero el foco fractural lateralmente, es decir, por fuera de la masa muscular del bíceps, el cual

es rechazado medialmente y se pasa por disección obtusa a través de las fibras musculares del braquial anterior, para, bajo la vista, separar el nervio radial, con el fin de evitar su lesión y el que pueda ser incluído en el foco de fractura al hacer la reducción.

Una vez realizado este tiempo, se pasa a descubrir, en el extremo superior del húmero, el troquiter, e inmediatamente a nivel de la inserción del supra e infraespinoso, se perfora con el trépano, y lo más posible en dirección del eje longitudinal del húmero, la cortical ósea de esta tuberosidad mayor.



RADIOGRAFÍA NÚM. 3



RADIOGRAFÍA NÚM. 4

Debe evitarse a toda costa, al preparar este campo operatorio, el que las incisiones sean demasiado posteriores y el que desciendan más de 5 ó 6 centímetros por debajo del vértice del acromion, para evitar la lesión del circunflejo, pues originaríamos una parálisis irreversible casi siempre del deltoides.

El peligro es remoto, sin duda alguna; pero existe.

Una vez perforada la tuberosidad mayor, y después de haber elegido el clavo conveniente en longitud y grosor, debe ser éste curvado ligeramente en su tercio distal, para hacer más favorable y fácil la introducción del mismo a pequeños golpes, hasta hacer aparecer la punta del mismo por el extremo del fragmento proximal, y una vez visto a este nivel, se introduce en el fragmento distal, procurando, al ir introduciendo el clavo en el mismo, el que este fragmento distal del húmero esté situado en dirección conveniente, evitándose una rotación interna del mismo, para lo cual basta recordar que el epicóndilo humeral y el vértice del acromion están situados en la misma línea axial.



RADIOGRAFÍA NÚM. 5

La introducción del clavo debe hacerse hasta que alcance el cóndilo externo del húmero, y como previamente le habíamos dado una pequeña incurvación al tercio terminal del clavo, éste viene a fijarse en cóndilo externo humeral, con lo que se evita la rotación de los fragmentos.

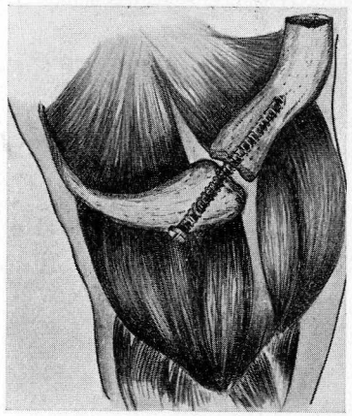
La extremidad superior del clavo debe quedar lo suficientemente introducida

para evitar que sobresalga en exceso, de la tuberosidad mayor, evitando así molestias posteriores al movilizar el hombro.

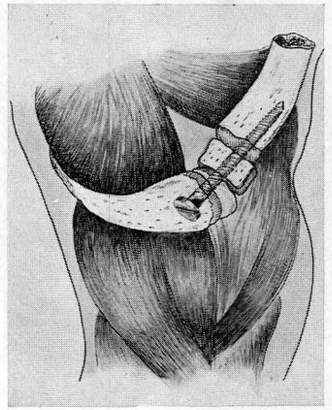
Terminada la introducción del clavo, basta cerrar las heridas operatorias según las reglas quirúrgicas clásicas, evitando la inclusión del radial en el punto aponeurótico muscular.

Apósito ligeramente compresivo y miembro sobre una charpa, son generalmente suficientes. Si la intervención ha sido laboriosa, conviene entonces colocar unos días el miembro en abducción sobre un avión o con un vendaje escayolado.

Aproximadamente a los ocho o diez días, a lo sumo, deben empezarse los ejercicios de movilización del hombro; pero los de la mano, codo y dedos deben hacerse y comenzarse a las cuarenta y ocho horas de la intervención.



RADIOGRAFÍA NÚM. 6



RADIOGRAFÍA NÚM. 7

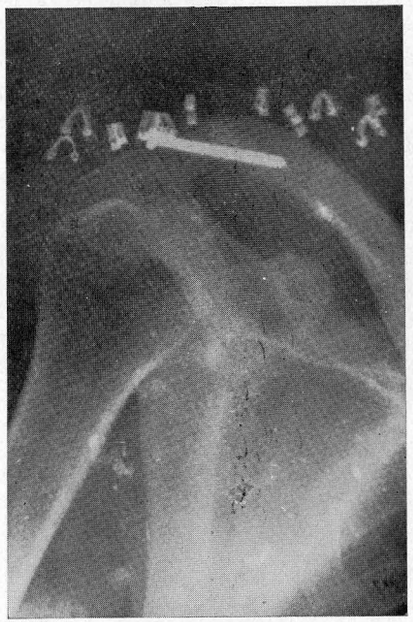
El tratamiento postoperatorio debe ser conducido bajo la tónica general actual de antibióticos *larga manu*, siendo conveniente a la mayoría de estos intervenidos hacerles una o dos pequeñas transfusiones, una durante la intervención y otra a las cuarenta y ocho horas.

Igual conducta se debe seguir para el tratamiento de las fracturas del cuello quirúrgico del húmero, pudiéndonos servir, para el acceso al foco fractural, de una incisión anterior, casi a nivel del borde deltoideo.

En los casos de fractura subcapital con luxación, la mayoría son tributarios de la intervención directamente sobre el foco, haciéndose la reducción a cielo abierto, y cuando, como en el caso cuyas radiografías presento, quedaba la cabeza humeral totalmene desprendida, debe fijarse, como se hizo en este lesionado, con un tornillo a través de la cabeza humeral, fijado en la metáfisis del mismo. Este lesionado, que vive actualmente en Alora, se halla recuperado funcionalmente del todo, dedicándose a sus duras faenas de carpintero de carros.

En algunos casos de fracturas supracondíleas altas, en las que con el clavo introducido por la tuberosidad mayor del húmero quedaría el fragmento distal de la fractura engastado en el extremo del clavo en una extensión demasiado pequeña, y en el caso de que no tengamos una buena coaptación de los fragmentos, una aceptable reducción de la fractura, se puede hacer el enclavijamiento intramedular a través de una pequeña incisión sobre el cóndilo externo.

Una incisión practicada a este nivel desde el cóndilo externo hacia arriba se debe hacer, después de incindir piel y aponeurosis; el resto, hasta el acceso al húmero, por divulsión, pues nos encontraremos, a una altura de 8 a 10 centímetros, con el nervio radial o el nervio músculoespiral a su paso a través del tabique intermuscular externo para alcanzar el compartimiento anterior del brazo, estando colocado a este nivel entre el borde externo del braquial anterior y el borde externo del vasto externo. Puede, pues, fácilmente ser descubierto y eludirlo.



RADIOGRAFÍA NÚM. 8



RADIOGRAFÍA NÚM. 9

Una vez obtenida la reducción de la fractura a cielo abierto, es fácil la colocación del clavo a través de una perforación sobre el mismo epicóndilo teniendo la precaución de arquear ligeramente la extremidad del clavo para una más fácil introducción del mismo.

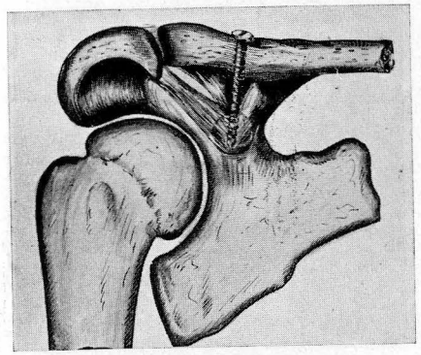
Después, casi al terminar la colocación del clavo, se debe también realizar un arqueamiento del cuarto final del clavo introducido, para que se adapte más mecánicamente a la forma anatómica del cóndilo humeral.

Fracturas de codo.—Estas siguen siendo, como todos bien sabemos, una de las zonas más escabrosas y difíciles de solucionar, pues aunque aparentemente y de hecho hayamos obtenido una buena reducción anatómica, la evolución de la misma con el contingente no muy elevado, pero que todavía en ocasiones observamos, de rigideces articulares, osteomas del braquial, etc., nos hacen pensar y meditar más antes de decidir la conducta terapéutica.

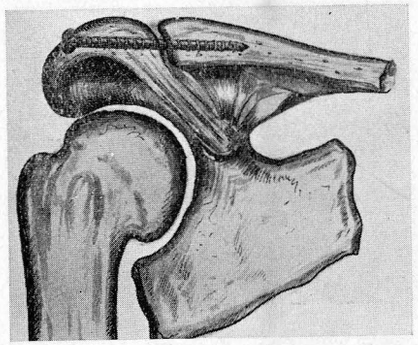
Uno de los que mejor han logrado solucionar esta cuestión es el profesor HERNÁNDEZ ROS, quien, con sus magistrales enclavijamientos, con las clásicas grapas o con sus pequeñas agujas, consigue resultados magníficos.

Son excelentes intervenciones, pero hace falta su gran pericia, pues las dificultades no dejan de ser pequeñas.

En las pocas veces que he tenido que intervenir, ha sido para fijar un cóndilo que se había rotado y era imposible conseguirlo con maniobras externas, y en estos casos, lo mismo que cuando se ha tratado de la tróclea, he puesto sólo un tornillo de fijación.



RADIOGRAFÍA NÚM. 10

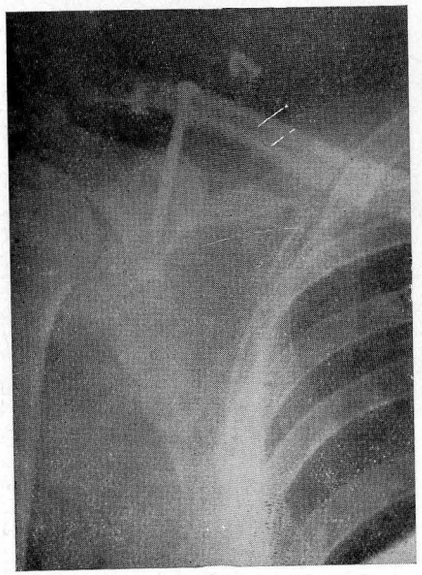


RADIOGRAFÍA NÚM. 11

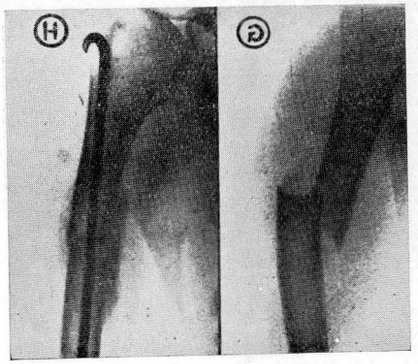
La mayoría de las veces me valgo sólo de la reducción bajo anestesia y de la tracción sobre el olécranon con un pequeño estribo y puesto el brazo en un avión en abducción.

Cuando no consigo una reducción aceptable, los pongo en extensión cenital a lo Zeno, comenzando precozmente la movilización activa del codo.

En las fracturas cominutas del codo, que además generalmente van acompañadas de intenso hematoma, me valgo, desde el comienzo, de esta directriz terapéutica que he expuesto. No estoy descontento con los resultados obtenidos.

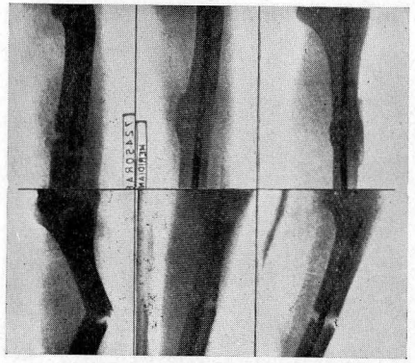


RADIOGRAFÍA NÚM. 12

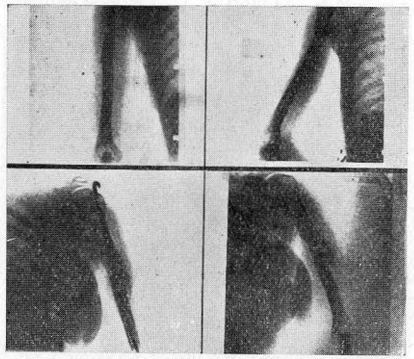


RADIOGRAFÍA NÚM. 13

Fracturas del radio.—Las fracturas de la cabeza radial, si no tienen gran desviación, no son tributarias de tratamiento quirúrgico. Si el fragmento es relativamente grande y se quiere hacer una filigrana quirúrgica, no es difícil el realizar

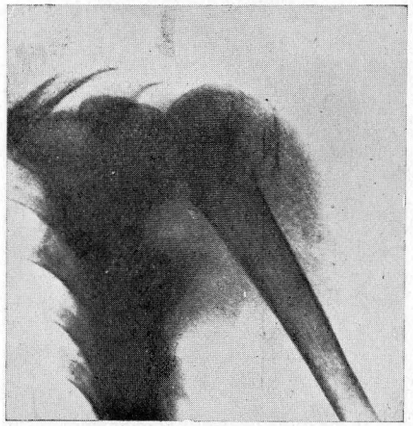


RADIOGRAFÍA NÚM. 14

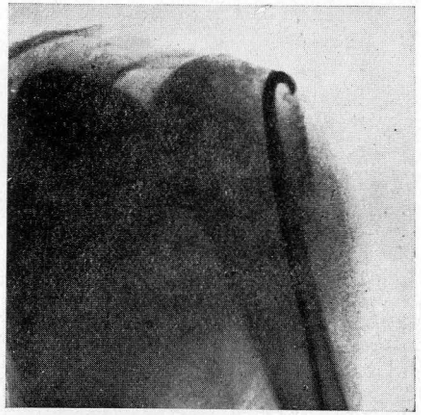


RADIOGRAFÍA NÚM. 15

el descubrimiento de la zona operatoria de la extremidad superior del radio y llegar al foco fractural, debiendo tener en cuenta que el trayecto del radial a este nivel —en el codo— transcurre entre el braquial anterior por dentro y el borde interno del supinador largo y el primer radial externo. Basta abordar la cabeza



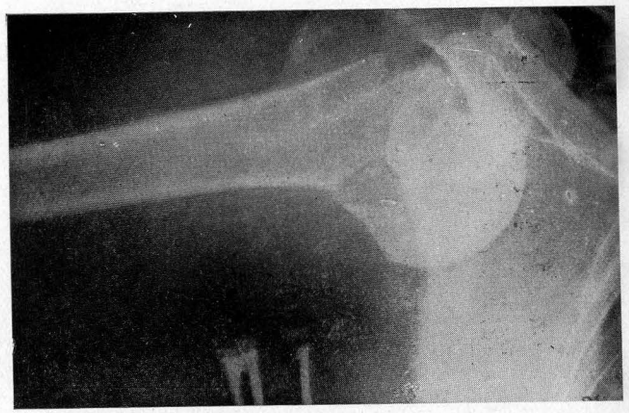
RADIOGRAFÍA NÚM. 16



RADIOGRAFÍA NÚM. 17

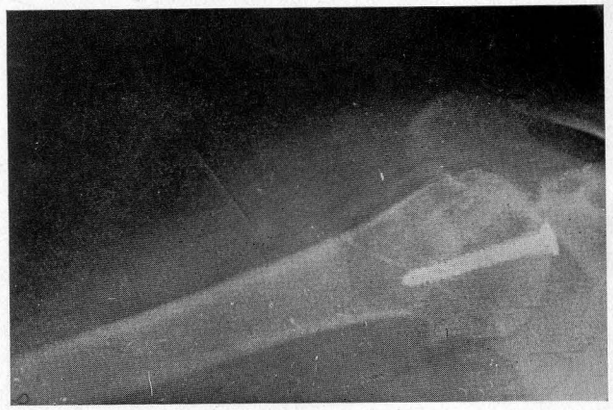
del radio por fuera de la línea trayectoria del nervio, que puede determinarse por la unión de un punto situado a un centímetro por fuera del centro del pliegue del codo y casi paralela hacia arriba con la diáfisis humeral, para evitarlo o descubrirlo y protegerlo.

Al llegar a la interlínea se divide en sus dos ramos, el motor y el sensitivo. La rama sensitiva desciende verticalmente por el borde interno del supinador largo y por debajo de él. La rama motora del radial lleva una dirección hacia abajo,



RADIOGRAFÍA NÚM. 18

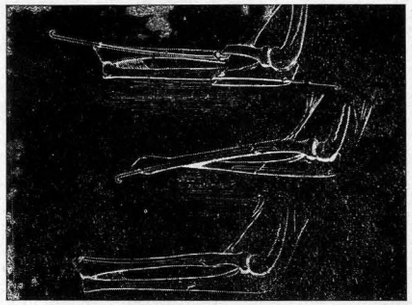
afuera y atrás, haciendo un trayecto espiral alrededor de la cabeza radial, cruzando la interlínea húmero-radial a unos 16 ó 18 milímetros más abajo de esta interlínea, atravesando el supinador corto y dirigiéndose hacia la cara posterior del antebrazo para distribuirse en los músculos de esta zona.



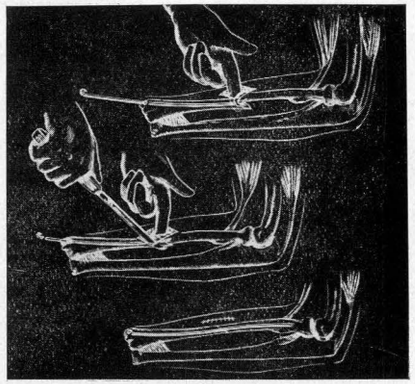
RADIOGRAFÍA NÚM. 19

Para evitarlo, y teniendo en cuenta que en la pronación forzada esta rama motora se hace más interna, pueden hacerse las incisiones para liberar la extremidad superior del radio a nivel de una línea que desde epicóndilo se dirija a la apófisis estiloides del radio.

De todas maneras, la divulsión muscular a través del primer radial y del supinador corto debe hacerse meticulosamente. Aproximadamente a un centímetro de profundidad suele encontrarse el nervio. Sobre la lína epicóndilo-apófisis-estiloides radial, se encuentra el nervio, estando el brazo en pronación forzada, a unos 5 centímetros de la interlínea.



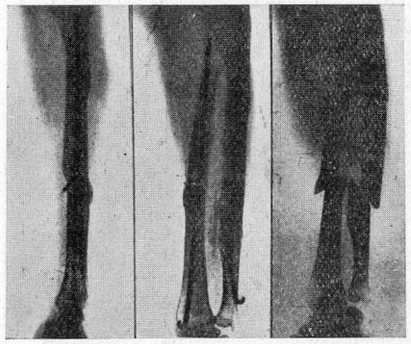
RADIOGRAFÍA NÚM. 20



RADIOGRAFÍA NÚM. 21

Las intervenciones para fijar con pequeñas agujas los fragmentos de la cúpula radial, pueden ser sustituídas con sutura con catgut cromado, a través de pequeñas perforaciones previas que sostengan los fragmentos en posición.

Cuando el fragmento es mayor, y más en el caso de fracturas subcapitales, el enclavijamiento es mejor y más sencillo hacerlo desde la cara posterior del cóndilo, atravesando la interlínea húmero-radial y enhebrando, por decirse así, la cúpula radial, el cuello y el cuerpo del radio. Veinte o veinticinco días de mantener este alambre de Kirchner colocado, son suficientes.

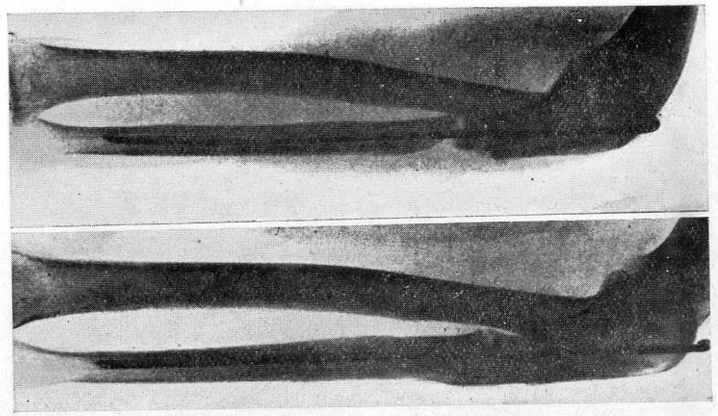


RADIOGRAFÍA NÚM. 22

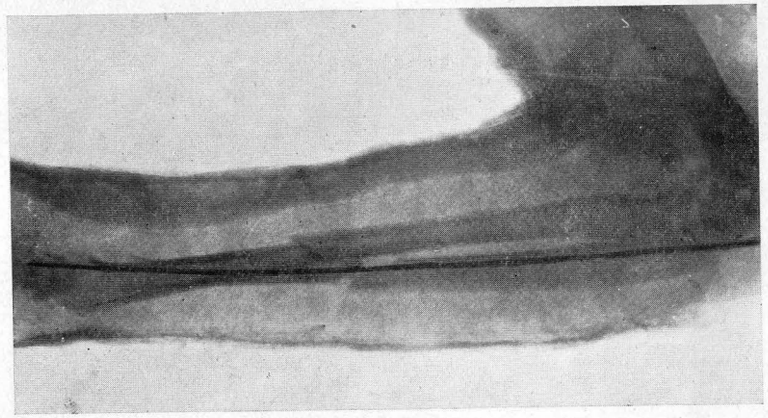
En los casos de fractura doble del antebrazo a este nivel, puede hacer la introducción del alambre en forma análoga a como describimos en las fracturas de clavícula, es decir, poner el alambre en dirección retrógrada desde el foco de fractura y a través del extremo proximal del radio fracturado, atravesando el cóndilo humeral y luego, cambiando el mando del alambre, dirigirlo hacia abajo para introducirlo en la diáfisis radial.

En los casos de fracturas de ambos huesos del antebrazo, puede bastar el enclavijamiento de uno solo de ellos, y después, bajo radioscopia, obtener la reducción del otro, que generalmente es en supinación, para obtener una reducción de una fractura del radio después de haber realizado un enclavijamiento del cúbito. (Radiografías núms. 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.)

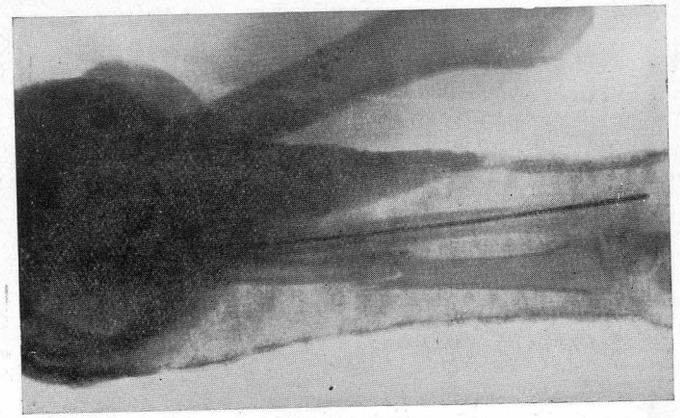
En las fracturas del olécranon, generalmente hago sólo un atornillado del mismo y una perfecta sutura de las aletas articulares y aponeurosis del ancóneo. Sucede



RADIOGRAFÍA NÚM. 23



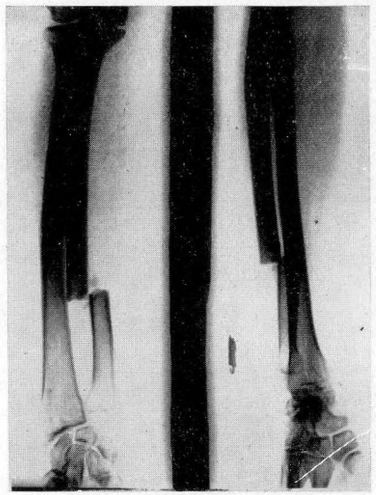
RADIOGRAFÍA NÚM. 24



RADIOGRAFÍA NÚM. 25

igual que en las fracturas de rótula en rodilla, en donde creo tiene más o tanta importancia como el cerclaje de la rótula, la más perfecta reparación de las aletas rotulianas. Las fracturas de Colles no son tributarias del enclavijado, pero sí de metáfisis radial y cubital. (Radiografías núms. 28, 29.)

Fracturas de los metacarpianos y dedos. Fracturas del escafoides.—Raras veces las fracturas del escafoides tienen necesidad de ser intervenidas; yo sólo lo he



RADIOGRAFÍA NÚM. 26



RADIOGRAFÍA NÚM. 27

hecho cuando existía gran desviación, que no había conseguido corregirla por maniobras externas.

La intervención, abordando el escafoides por una incisión en bayoneta, comenzada a medio centímetro por detrás de la apófisis estiloides radial, y al pasar la línea de extensión articular hacer la parte horizontal de la incisión para continuar la otra rama de la bayoneta a nivel de la parte externa de la tabaquera anatómica.

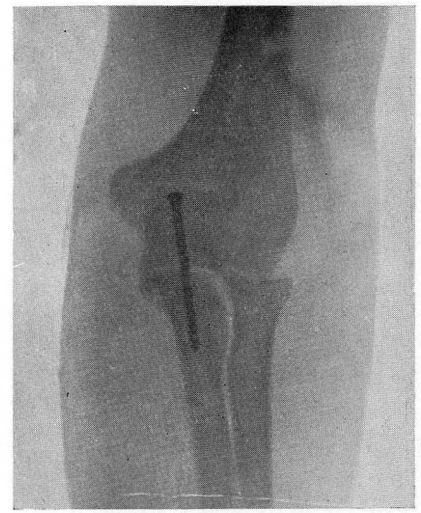
Basta colocar un fino alambre de Kirchner, después de haber obtenido la reducción de la fractura escafoidea.

Las fracturas de los metacarpianos, es fácil hacer el enclavijamiento con los alambres de Kirchner, siguiendo análoga técnica que en las fracturas de clavícula, sólo que aquí se hace el enclavijamiento primero en el fragmento distal y luego se enhebra el fragmento proximal.

En las fracturas de las falanges es, desde luego, en los casos de gran desviación y en las que no es fácil mantener la reducción, el procedimiento del enclavijado preferible, a mi modesto parecer, al de la tracción continua a los Bohler a través de la tracción colocada sobre la extremidad del dedo.

He observado algunos casos en los que se han producido con la tracción a lo Böhler pequeñas zonas o focos de necrosis en las zonas de flexión del dedo, a pesar de estar bien acolchada la férula digital del alambre.

En las fracturas abiertas de las falanges, en ocasiones con intensos destrozos de partes blandas, que hacían incluso prever la pérdida del extremo distal del



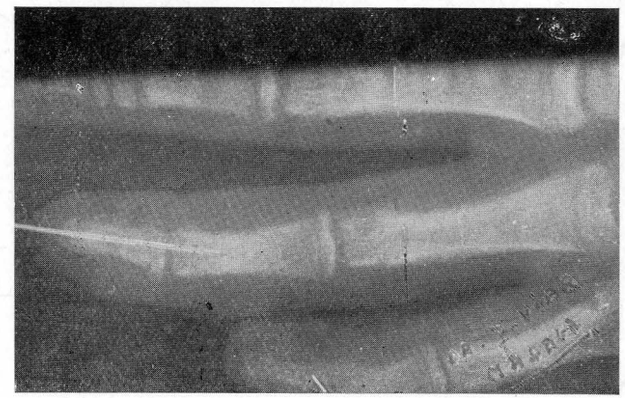
RADIOGRAFÍA NÚM. 28



RADIOGRAFÍA NÚM. 29

dedo, creo que se han salvado debido a la perfecta inmovilización obtenida por el enclavijamiento fractural. (Radiografía núm. 30.)

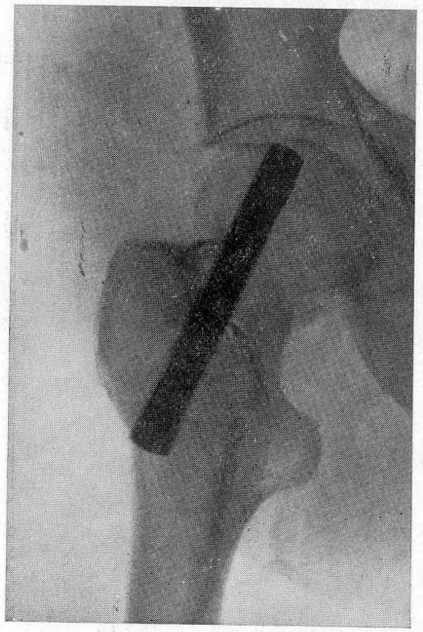
Fracturas de la extremidad inferior. Fracturas del cuello del fémur.—Nada nuevo se puede decir acerca del tratamiento por enclavijado de esta clase de fracturas, pues la experiencia y las publicaciones sobre las mismas son conocidas de todos, y creo sinceramente que más no se puede conseguir, aunque también estoy convencido de que muchas veces, aunque se obtenga una perfecta reducción anatómica y un perfecto enclavijado del mismo, la consolidación ósea no se verifica.



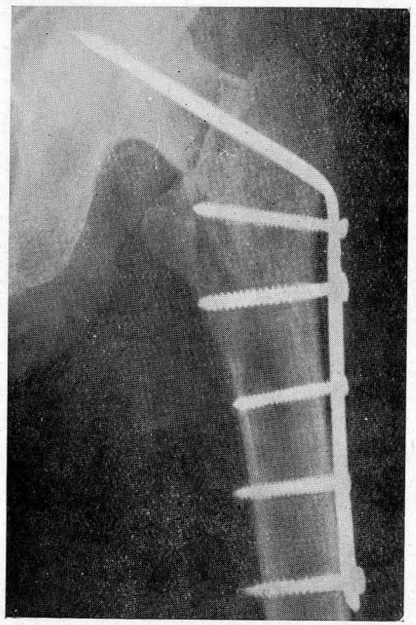
RADIOGRAFÍA NÚM. 30

También estoy convencido de que muchos, la mayoría de los casos, no consiguen una recuperación funcional total, tal y como se consigue en las fracturas de otros huesos. (Radiografía núm. 31.)

Hemos así mejorado mucho más el tratamiento de estas fracturas que con el clásico proceder de la extensión continua a lo Böhler o con el vendaje enyesado a lo Withman, pues todos estamos convencidos de que con ambos procedimientos —Böhler o Withman— no conseguimos inmovilizar el foco fractural. Me estoy refi-



RADIOGRAFÍA NÚM. 31



RADIOGRAFÍA NÚM. 32

riendo, claro es, a las fracturas del cuello femoral, pues las fracturas pertrocantéreas tienen mejor pronóstico, de más y mejor probable curación, tanto con el proceder de extensión, como con las intervenciones de osteosíntesis, bien con el enclavijado.

El enclavijamiento del cuello femoral, unido a la fijación a la diáfisis por medio de las clásicas placas de Moore, o Jewett, o McLughlin, o Thornon, o Neufeld, sabemos que nos dan bastantes buenos resultados. (Radiografía núm. 32.)

Fracturas de la diáfisis femoral.—Constituyen estas lesiones una de las más principales indicaciones del enclavijamiento medular.

La inmovilización que con ellas se obtiene es completa, y el mantenimiento de la reducción que, como se hace a cielo abierto, se consigue, lo hacen, a mi parecer, el método preferible.

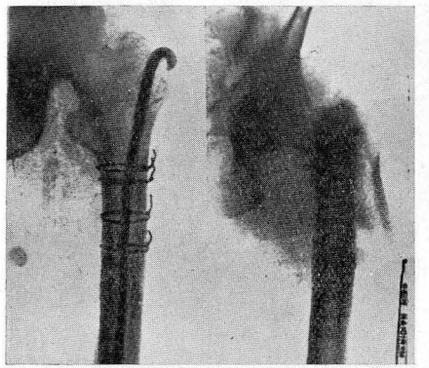
La técnica, que no creo sea nada difícil, está al alcance de cualquiera de nosotros que hagamos algo de cirugía general.

Siempre es necesario y conveniente esperar unos días para realizar la inter-

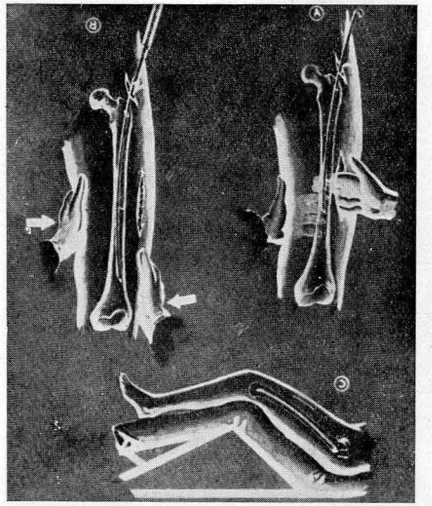
vención, dando lugar a que el ligero estado de shock general y local que se produce haya sido superado por el enfermo.

Por ello es conveniente ponerle una tracción continua con un alambre de Kichner a través de la extremidad superior de la tibia, con lo que conseguimos casi de inmediato suprimir los dolores al lesionado.

Pasados ocho o diez días, se puede proceder a la intervención, ya que también en ese tiempo ha sido explorado y preparado totalmente el paciente de cualquier alteración de su aparato cardio-circulatorio o pulmonar, así como los exámenes sanguíneos necesarios, hemograma, recuentos rojo y blanco, tiempo de coagulación, hemorragia, exámenes de orina, etc.



RADIOGRAFÍA NÚM. 33



RADIOGRAFÍA NÚM. 34

Es necesario, claro es, previamente, como en todos los demás casos, escoger las dimensiones apropiadas del clavo que vamos a introducir, haciendo incluso antes al clavo, bien sea de Kuntchner, de Rocher o de Rush, la incurvación necesaria prevista sobre un calco radiográfico, para ahorrar pérdidas de tiempo en la mesa operatoria.

La longitud del clavo debe alcanzar desde el vértice del trocánter hasta unos cuatro centímetros de la interlínea articular fémoro-tibial y el grosor, que en línea general en adultos es de unos 10 a 11 milímetros cuando se utilizan clavos acanalados de Kuntscher, debe ser algo menos si utilizamos los de Rush o Rocher.

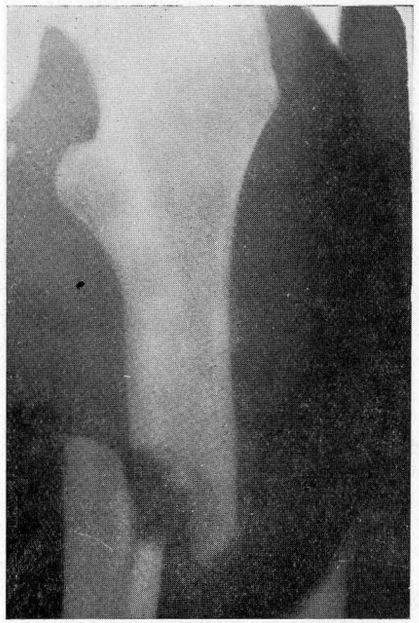
Estos clavos, preparados, envueltos en un pequeño manguito de tela de punto, para evitar en lo posible el ser tocados con los dedos durante el acto operatorio.

La intervención debe realizarse bajo anestesia general, con buena relajación muscular y, por lo tanto, intubado. Siempre es conveniente la cooperación de un buen equipo de anestesistas y de reanimación, ya que la intervención es bastante traumatizante y los enfermos siempre salen algo shockados. Es conveniente una transfusión gota a gota durante el acto operatorio.

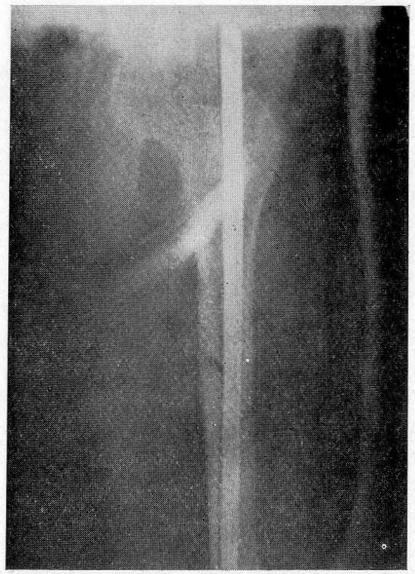
La intervención debe realizarse con el lesionado en la mesa ortopédica, colocando los miembros inferiores en posición cruzada, claro es, con el miembro a intervenir en la parte superior.

Una vez preparado el campo operatorio, que comprende desde unos 10 centímetros por encima del trocánter hasta unos 5 centímetros por debajo del foco de fractura, fijamos los paños estériles con puntos a piel y aislamos provisionalmente la mitad superior del campo con unas compresas.

Descubrimos el foco de fractura por una incisión lateral o anterolateral, y después de la incisión de la aponeurosis llegamos al plano óseo, bien entre el recto anterior y el vasto externo, o a través del mismo vasto externo (Thompson). Se hace hemostasia, preferible con electrocoagulación, salvo en los vasos mayores, que deben ser ligados.



RADIOGRAFÍA NÚM. 35



RADIOGRAFÍA NÚM. 36

Se aisla el campo con compresas fijadas a los bordes de la incisión operatoria con agrafes.

Forzando la abducción del extremo inferior del fémur, se descubre y se exterioriza el extremo distal del fragmento proximal del fémur fracturado, y entonces por este extremo se introduce el alambre guía por el canal medular hacia la extremidad superior del fémur. Valiéndose de pequeños golpes sobre el extremo periférico del alambre guía, se perfora fácilmente la cortical en la fosa o cavidad digital trocantérea, y se prosigue la introducción del alambre hasta que es fácilmente percibido a través de la piel por encima del trocánter.

En este momento se cubre el campo operatorio inferior con compresas estériles y se continúa la intervención en la parte superior.

A través de una incisión de unos 6 centímetros de longitud, sobre la región trocantérea, a partir del vértice del trocánter, se pone al descubierto la extremidad del alambre guía y sobre él, y por dirección obtusa y por pequeños golpes de

bisturí, se descubre la zona digital del trocánter mayor, por donde sale el alambre guía que hemos colocado y hecho emerger por esta zona.

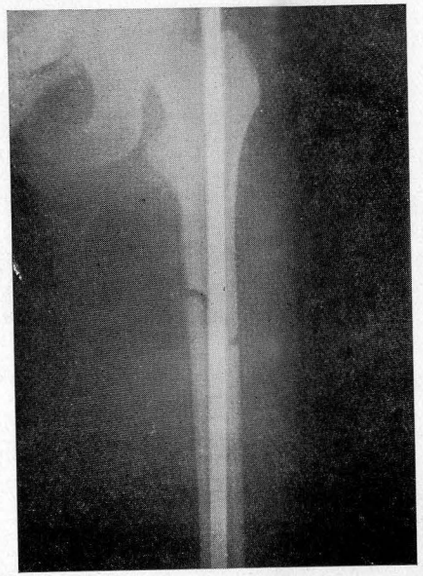
Cuando utilizamos, como en la mayqría de los casos, el clavo Kuntscher, no es necesario disponer de la fresa perforada que se introduce por la extremidad del alambre guía y con el fin de agrandar el punto de salida de la misma por la cavidad digital del trocánter, pues sólo el clavo mismo introducido por la guía hace la perforación con unos golpes de martillo.

Cuando utilizamos el clavo macizo de Rocher o el de Rush, sí es preciso hacer un poco mayor el orificio de emergencia o de salida del alambre guía. Para ello son suficientes las fresas de Rocher o el perforador de Kuntscher.

El clavo se introduce conducido por el alambre guía y a pequeños golpes de martillo, hasta hacerlo aparecer por el foco fractural, que hemos puesto previamente al descubierto.

Una vez aparecido, hacemos la reducción de la fractura con cooperación del ayudante, que maneja la extremidad sujeta a la mesa ortopédica e incluso para mayor comodidad exponiendo el foco de fractura angulando intensamente y sirviéndonos al mismo tiempo del mando para el extremo superior del hueso fracturado, del clavo que hemos introducido en el mismo.

Una vez enfilado el conducto medular del extremo distal de la fractura por el clavo, proseguimos la introducción del mismo, debiendo procurar la buena orientación del fragmento periférico en el sentido de la rotación y con el fin de obtener la máxima perfección en la reducción y acoplamiento de los extremos fracturales.



RADIOGRAFÍA NÚM. 37

Generalmente introducimos el clavo dejando sólo como un centímetro y medio sobresaliendo por la cavidad digital del trocánter.

Una vez terminada la introducción del clavo y comprobada una buena hemostasia, espolvoreamos la zona operatoria con sulfatiazol estéril y procedemos al cierre, colocando unos puntos de catgut número 3, englobando masas musculares y aponeurosis para no dejar cavidades, y luego piel y subcutáneo fijados también aponeurosis femoral, con crín o nylon. (Radiografías núm. 33, 34, 35, 36, 37.)

Vendaje compresivo. Cierre del campo quirúrgico superior y vendaje.—Las más de las veces colocamos un calzón de escayola pelvis-rodilla, con el fin de dejar en el máximo reposo la zona operatoria, cosa siempre muy conveniente. Ordenamos y obligamos al paciente a realizar frecuentes dorsiflexiones de los pies para activar la circulación del miembro y como preventivo de las flebitis.

A los cuatro o seis días, y una vez desaparecido el shock operatorio, generalmente realizamos dos o tres pequeñas transfusiones y le administramos los tónicos

cardiocirculatorios de rigor y la terapéutica antibiótica clásica; iniciamos los movimientos de rodilla ligeros y se empiezan, por el mismo paciente, los ejercicios de contracción del cuadriceps, intentando levantar las piernas. Estos ejercicios son muy convenientes, pues evitamos con ello las rigideces de rodilla, cuya movilización, ya liberada ésta —la rodilla— del escayolado, la iniciamos a la semana de la intervención.

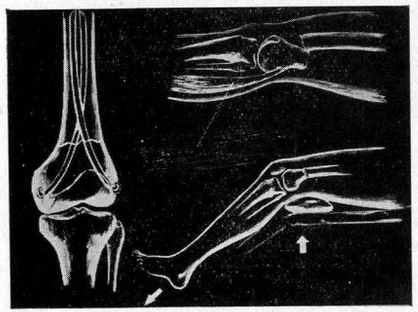
A los doce o quince días, y en la cama, inicia el lesionado la movilización total del miembro, con ejercicios suaves de flexión de rodilla y de elevación total de la pierna y muslo sobre el plano de la cama.

Alrededor de los veinticinco días de la intervención levantamos al operado, apoyándose en bastones o trípodes de marcha, y permitimos el apoyo total del miembro alrededor de los cincuenta días.

En la mayoría de las ocasiones, los operados reanudan sus ocupaciones habituales aproximadamente a los ciento veinte días, debiéndose hacer radiografía comprobatoria de la formación del callo óseo.

La extracción del clavo no debe realizarse hasta después de haber comprobado una perfecta osificación del foco fractural; pero los pacientes con el clavo introducido creo deben hacer, y así se les aconsejo, sus ocupaciones habituales, sólo con pequeñas reservas en los ejercicios violentos o que exijan intensos esfuerzos o trepidaciones del miembro, como montar en motocicleta, conducir avionetas, etcétera. He tenido recientemente un caso de fractura del foco, casi terminada la consolidación, pero, por fortuna, sin haber extraído el clavo, producida por una caída de moto; pero probablemente se produjo la fractura momentos antes, por un brusco salto de la máquina que montaba.

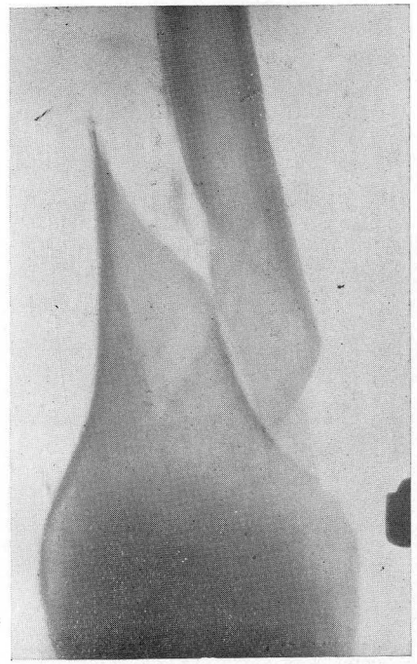
Fracturas del extremo inferior del fémur.—En esta zona de localización de la fractura debemos, en lo posible, valernos de la misma técnica, salvo cuando la fractura sea demasiado baja. En estos casos el enclavijamiento podemos hacerlo desde abajo, a través de la cara lateral de cóndilos femorales.



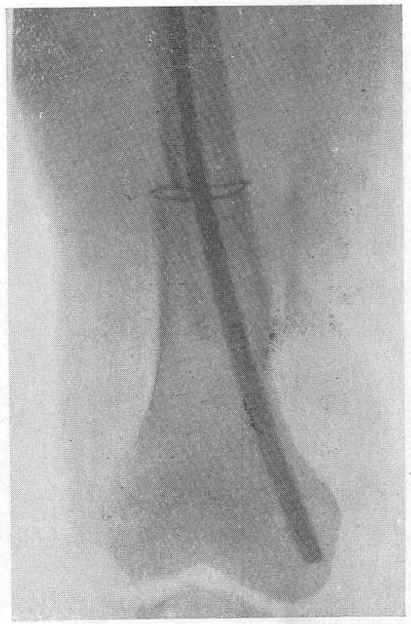
RADIOGRAFÍA NÚM. 38

En esta vía de introducción de los clavos debemos evitar dos cosas: la primera, la apertura de la articulación, y la segunda, la lesión de los ligamentos laterales de la misma. La primera señalada es difícil evitarla, pues la cápsula articular se desliza oblicuamente sobre los cóndilos y los cubre casi en la mitad anterior de su superficie. En algunos de los casos intervenidos en que se ha originado una apertura de la cápsula articular, sólo ha habido una pequeña rigidez de rodilla, que tardó algún tiempo más en recuperarse. (Radiografías núms. 38, 39, 40, 41.)

La lesión de los ligamentos laterales es fácil evitarla flexionando la rodilla. La situación de la incisión para descubrir la cara lateral del cóndilo es aproximadamente a unos 22 a 24 milímetros por detrás del borde articular anterior del cóndilo, y el punto óseo del borde del mismo, a nivel de la línea suprarrotuliana o medio centímetro más abajo. La rodilla debe ser colocada en flexión ligera para que los ligamentos laterales de la articulación sean desplazados hacia atrás.



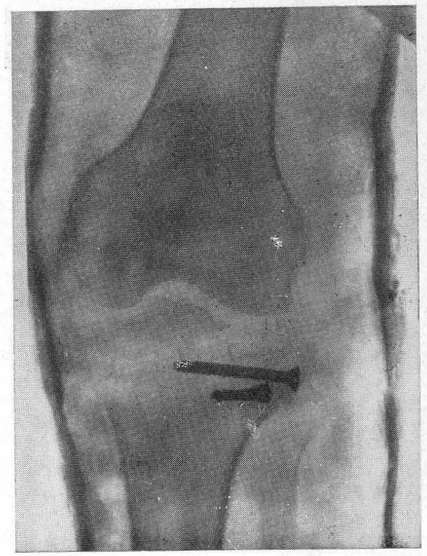
RADIOGRAFÍA NÚM. 39



RADIOGRAFÍA NÚM. 40



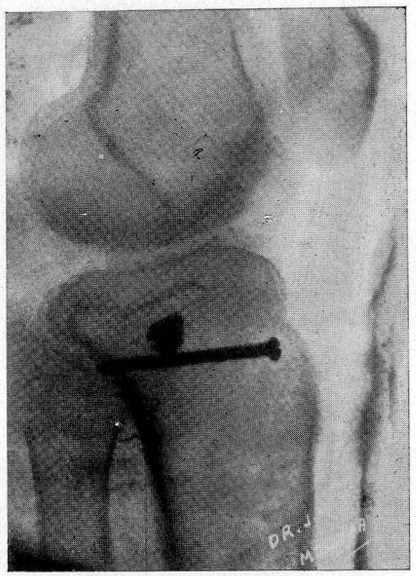
RADIOGRAFÍA NÚM. 41



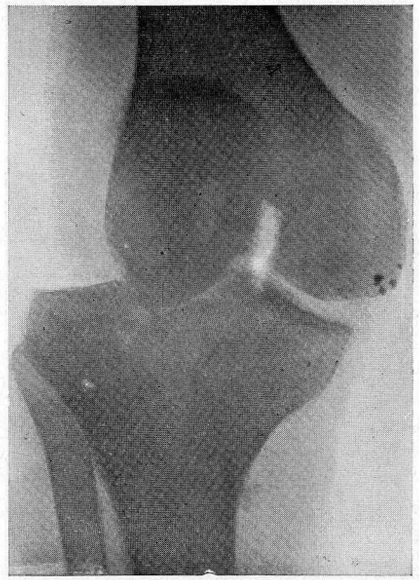
RADIOGRAFÍA NÚM. 42

La extremidad distal de los clavos sólo debe ser incurvada muy ligeramente y en muy corto trayecto y con el fin de que ellos, por sí, al ir siendo introducidos, vayan realizando la reducción de la desviación fractural.

Hay que proyectar, previamente a la introducción del clavo, cuál es el camino preferible, pues unas veces debe realizarse por cóndilo externo y en otras ocasiones será mejor realizarla a través de cóndilo interno. En líneas generales, las fracturas oblicuas supracondíleas de dirección de arriba abajo y de fuera hacia adentro, o espiroideas de similar dirección, son más fáciles de enclavijar haciendo la entrada del clavo a través del cóndilo interno y viceversa.



RADIOGRAFIA NÚM. 43



RADIOGRAFÍA NÚM. 44

En ocasiones se hace necesaria la introducción de dos clavos, pues no se consigue realizar una corrección adecuada, quedando los fragmentos angulados.

En estos casos se realiza la implantación de los mismos, uno a través de cada cóndilo, y la introducción debe ser simultánea, es decir, al mismo tiempo. Lógicamente, en estos casos el diámetro de los clavos ha de ser mucho menor, menos de la mitad cada uno, de lo que tendría un clavo solo.

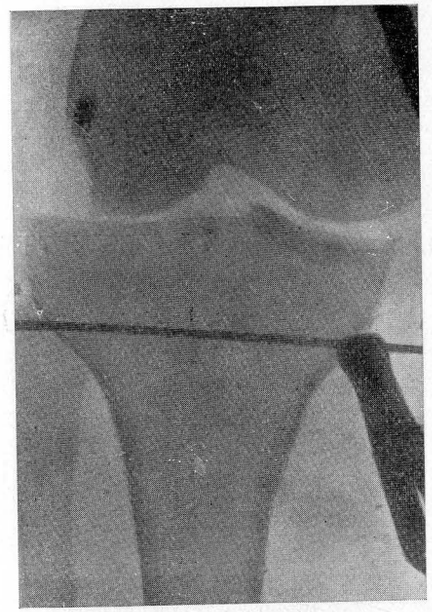
Asimismo, en algunos casos de fracturas espiroideas o con fragmentos libres, se hace necesaria la fijación de éstos, después de la introducción de los clavos por medio de un simple cercaje de alambre.

Todos estos casos, como vemos, son más complicados de ejecución; pero de hecho, aunque hay algunas más dificultades técnicas, éstas son pequeñas y fácilmente superables. El mejor resultado viene a compensar lo que se haga.

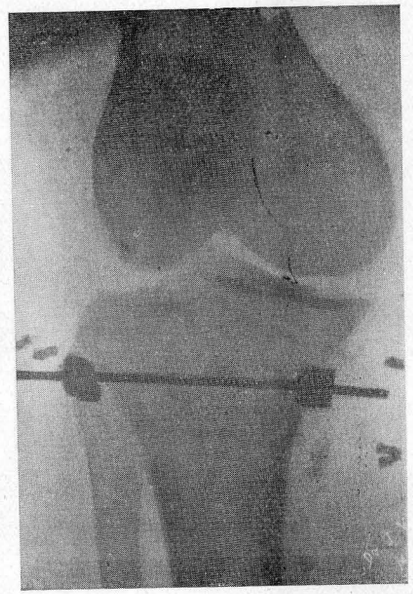
En los casos de fracturas múltiples de cóndilos femorales o tibiales, de gran complejidad, creo debemos seguir con la técnica clásica de extensión a lo Böhler, puesta la tracción desde el sitio más cercano de tibia al foco articular, es decir,

a nivel de la espina tibial. Asimismo, en estos casos debe hacerse precozmente la movilización activa con la extensión puesta.

En los casos de fracturas de la extremidad superior tibial con hundimiento de uno de ambos cóndilos, debe intentarse la reducción con el aparato de tracción a lo Böhler y sobre el mismo hacer un enclavijado poniendo bien unos tornillos de fijación o un pequeño clavo pasante fijado en ambos extremos con unas armellas roscadas, con los que se mantiene bastante eficazmente la reducción obtenida.



RADIOGRAFÍA NÚM. 45



RADIOGRAFÍA NÚM. 46

Más recientemente he utilizado en los casos de fractura de uno o de ambos cóndilos tibiales sin exagerado descenso de los mismos, sólo una tracción continua a través de la diáfisis tibial, al principio con pesos elevados de 10 a 12 kilos, que nos permiten obtener una disminución apreciable, a veces casi completa, del descenso del cóndilo fracturado, y a los cinco o seis días disminuímos bastante la tracción para evitar una laxitud articular y empezamos precocísimamente la movilización de la rodilla, movilización exclusivamente activa, es decir, hecha por el mismo enfermo.

Diariamente debe hacerse, por personal capacitado o por el mismo cirujano, la movilización de la rótula.

Si estas lesiones complejas se vigilan diariamente, los resultados son bastante alentadores y las incapacidades son nulas o muy pequeñas.

Claro es que los tratamientos complementarios subsiguientes de ejercicios gimnásticos de la articulación, onda corta, masajes musculares no articulares, etc., deben ser utilizados.

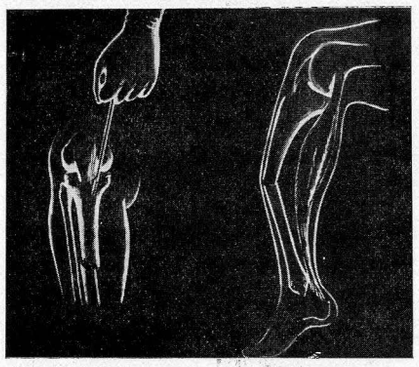
Fracturas de la pierna.—Las fracturas de la diáfisis tibial y peronea son una de las principales indicaciones del tratamiento con el enclavijamiento medular.

Con este procedimiento la reducción es perfecta; la inmovilización, completa; los retardos de consolidación son muy raros; la curación, más rápida, y la recuperación del lesionado para la vida activa es extraordinariamente precoz.

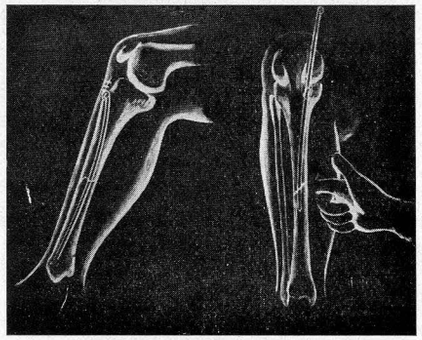
Ello, unido a la simplicidad de la intervención, hace que tenga la seguridad de que será adoptada por la mayoría.

En las fracturas del tercio superior, la introducción de uno o dos clavos por ambas caras laterales de cóndilos tibiales, inmediatamente por fuera de la inserción del tendón rotuliano y a nivel del tubérculo o espina tibial.

Se coloca el miembro en flexión, apoyado sobre la mesa operatoria o sobre el rodillo de Rush —similar al rodillo que utilizamos en los ejercicios de movilización de la rodilla—, y después de una reducción de la fractura, hecha por tracción en la mesa ortopédica, tracción sobre el pie con una calza o botina, se prepara el campo operatorio, siendo en muchas ocasiones suficiente con los puntos de introducción del clavo sin necesidad de abrir el foco fractural.



RADIOGRAFÍA NÚM. 47



RADIOGRAFÍA NÚM. 48

Una vez hecha la incisión por fuera de la espina tibial o por dentro de la misma, se perfora la cortical ósea, bien sea con un trépano de Kirchner o con una broca de Rocher o de Rush, dándole la dirección de máxima inclinación hacia el canal medular.

Es decir, la dirección debe ser lo más paralela posible al eje del miembro, ya que con ello se simplifica extraordinariamente la introducción del clavo, debiendo preferirse los que tienen la punta roma en lugar de los que tienen tallada la extremidad distal en punta triangular o en diamante.

Los de punta roma afinada resbalan mejor y más fácilmente que los otros, pues no tienen el inconveniente que si llevan una dirección no suficientemente paralela al eje de la diáfisis, pueden sufrir desviaciones en su introducción al enclavarse en ocasiones sobre la cara interna de la cortical del lado opuesto al punto de introducción, so pena de darle a la extremidad del clavo una incurvación mayor, pues ésta debe ser mínima.

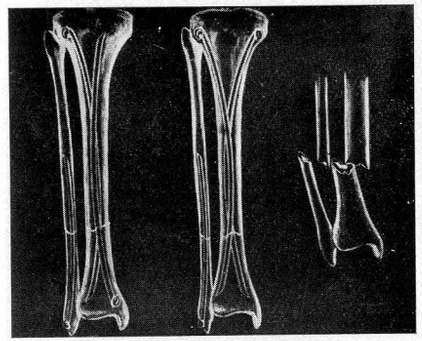
En muchas ocasiones, sin necesidad de abrir el foco fractural, se consigue hacer el enclavijado con extraordinaria facilidad.

Raras veces es necesario hacer la introducción de dos clavos en los casos de fracturas del tercio superior.

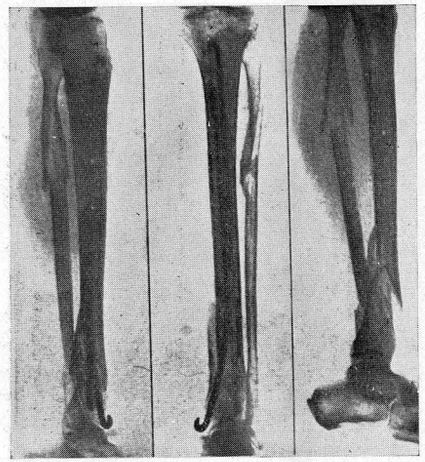
En los casos de fracturas del tercio medio, puede bastar también la introducción de un solo clavo, pero en ocasiones se produce una angulación de los fragmentos con un solo clavo y entonces es conveniente colocar otro desde la cara diafisaria opuesta a la del primero. (Radiografías núms. 47, 48, 49, 50.)

Precísase entonces retirar el clavo puesto e introducir simultáneamente dos de la mitad del diámetro del primero, claro es.

En otras ocasiones, es más probable obtener la reducción colocando un clavo desde la extremidad superior tibial hacia abajo, y el segundo desde maléolo tibial, en dirección ascendente.



RADIOGRAFÍA NÚM. 49



RADIOGRAFÍA NÚM. 50

Análoga directriz debe seguirse en los casos de fracturas del tercio inferior tibial.

De inmediato a la introducción del clavo en estas fracturas, colocamos un escayolado de marcha provisional, es decir, una férula estribo de Baun, fijada con unas vueltas de gasa que alcanza desde el tercio inferior del fémur hasta el pie.

Si en los cuatro o seis días del postoperatorio, éste no se ve interrumpido por ningún incidente, salvo la normal elevación térmica de los cuatro o cinco primeros días de la mayoría de los enclavijamientos —consecuencia lógica del shock traumático y operatorio—, terminamos el apósito escayolado, protegiendo la zona plantar del mismo, y autorizamos el levantamiento del operado a los diez o doce días.

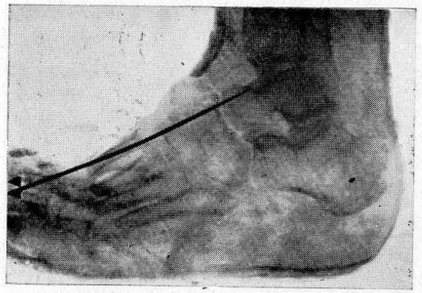
Desde los cinco o seis días de la intervención les ordenamos ejercicios de elevación del miembro sobre el plano de la cama.

En las fracturas de cóndilos tibiales hago o la extensión continua con movilización muy precoz —ocho días— o les asocio un enclavijado transversal.

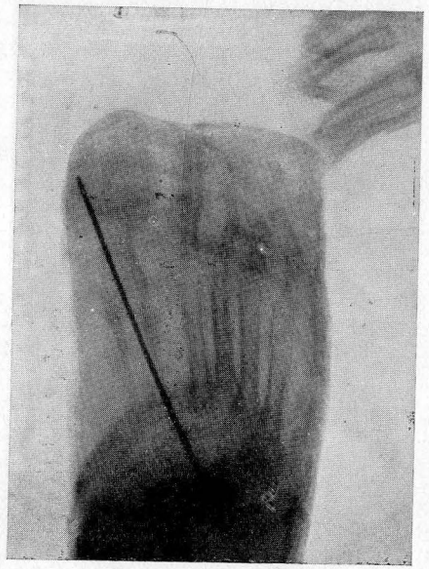
Fracturas del pie.—Las fracturas de la región tarsiana no son tributarias, salvo condiciones o especiales aspectos de las mismas, de los enclavijamientos, pero sí lo son las de metatarsianos y dedos, sobre todo en los casos de intensos desplazamientos, y cuando después de la reducción de las mismas con el aparato de tracción a lo Böhler y colocación de un escayolado perfectamente moldeado y sin haber retirado la tracción alámbrica trans-ósea, veamos que persisten intensas desviaciones que, de dejarlas, originarían grandes alteraciones del sistema arquitectónico de la bóveda plantar.

Sobre todo, son las fracturas del primero, segundo y tercer metatarsiano las que necesitan de una reducción anatómica lo más perfectamente posible, principalmente las del primero. En las fracturas de los dedos, si tras una anestesia local por infiltración y una tracción, bien manual o trans-ósea, con unas pinzas de paños o pinzas cangrejo sobre la extremidad distal del dedo, no hayamos conseguido una reducción aceptable y el mantenimiento de la misma con el apósito escayolado, debemos hacer un enclavijado con pequeñas agujas de Kircher colocadas transcutáneamente a partir de la extremidad distal del dedo o por una de sus caras laterales.

En ocasiones, y en los casos de fracturas abiertas con grandes pérdidas óseas, el enclavijado con los alambres de Kirchner de los restos óseos que permanecen adheridos, deben respetarse lo máximo posible de los mismos, y con la ayuda de los trozos óseos utilizables, haciéndose en estos casos muchas veces el enclavijamiento según la directriz de los normalmente seguidos en clavícula y que ya describimos, es decir, se hace el enclavijamiento desde el foco de fractura hacia fuera, y después, desde la parte de la aguja que hacemos salir a nivel del pulpejo de los dedos, en dirección retrógrada hacia zonas fijas de la región tarsiana. Hemos conseguido con esta conducta terapéutica salvar músculos que parecían irremisiblemente condenados a una amputación. (Radiografías núms. 51, 52.)



RADIOGRAFÍA NÚM. 51



RADIOGRAFÍA NÚM. 52

En estos casos de fracturas abiertas, es absolutamente imprescindible el que toda la zona operatoria quede cubierta, valiéndose de plastias por deslizamiento para cubrir la zona operatoria, y de inmediato en las zonas de las que hemos tomado el colgajo, verificar una clásica plastia con injerto libre de Thierch. Débese siempre procurar que la zona plantar sea respetada y que la zona a cubrir con los injertos libres no esté situada en las zonas de apoyo plantar.

La deambulación de estos casos operados con grandes traumatismos y alteraciones arquitectónicas del pie no se debe hacerla muy precozmente, y, sobre todo, nunca antes de haber obtenido un cierre total de las heridas y de las zonas de implantación de los injertos. La marcha, al iniciarse, se debe hacer con un escayolado perfectamente moldeado y que comprende desde la extremidad superior tibial hasta más allá de la extremidad de los dedos. La extracción de los alambres debe

demorarse hasta haber obtenido una perfecta consolidación ósea, siempre que sean bien tolerados.

No son raros los casos de osteoporosis óseas en estos tipos de fracturas, para los que deben ser medicadas intensamente con las clásicas hormonas de depósito y los vasopléjicos para tener el mayor tiempo posible con una mejor y mayor irrigación vascular, con lo que estos síndromes, tipo Sudeck, son recuperados, además, con los clásicos agentes físicos, diatermia de onda corta, etc., etc.

Trastornos de los enclavijamientos medulares.—Algunos de los trastornos que se producen con los enclavijamientos poco conocidos o no descritos, llaman la atención.

Uno de ellos es el que el shock quirúrgico operatorio, sobre todo en las fracturas femorales, no es pequeño y dura tres o cuatro días.

Uno de los datos que más llama la atención es la persistencia de un estado circulatorio de labilidad con bajas tensiones y taquicardia inexplicable que dura tres y cuatro días, que conviene vigilar, y que en la mayoría de los casos se corrigen pronto con las drogas cardio-circulatorias central y periférica, tipo veriazol o similares, a las que es, además, conveniente añadir la clásica medicación córtico-suprarrenal.

A la mayoría de los enfermos sometidos a este tipo de intervenciones beneficia grandemente la práctica de una transfusión durante el acto operatorio y otra un par de días después.

La clásica terapéutica antibiótica no debe ser olvidada.

RESUMEN

Tras un breve recuerdo histórico del empleo de las síntesis metálicas en el tratamiento de las fracturas, se hace un estudio de las indicaciones ya sancionadas por la práctica, que son fundamentalmente: 1.º fracturas de los huesos largos: clavícula, húmero, cúbito, radio, fémur, tibia y dedos, con desviaciones grandes de los fragmentos, en las cuales se vea que no se mantiene la reducción inicial obtenida; 2.º traumatizados ancianos y adultos; 3.º fracturas complicadas y de contaminación no excesiva; y 4.º los retardos de consolidación y las pseudoartrosis.

A continuación hace un resumen expositivo según las regiones tratadas, avalados con numerosas radiografías, y se aporta la experiencia personal, así como detalles de técnica y de terapéutica y cuidados complementarios.

Dirección: Paseo Sancha (Caleta), 24. Málaga.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN.

CITREMIA EN NEFROPATÍAS

POR LA

SRTA. CELIA RODRÍGUEZ GARCÍA

LIMA (PERÚ)

No se ha investigado aún en el Perú la citremia en estados patológicos, y, dada su importancia, he tratado de llenar esta laguna de la bibliografía científica peruana, determinando las cifras de citremia en las nefropatías, ya que sus variaciones pueden servir para concretar el diagnóstico de esos trastornos morbosos.

La determinación de citremia en procesos morbosos agudos y crónicos ha podido hacerse porque los bioquímicos elaboraron técnicas que permiten obtener resultados satisfactorios; entre las más importantes deben citarse las de GLADYS WOLCOTT y PAÚL BOYER (1948); S. NATELSON, J. PINCUS y J. LUGOVOY (1948); H. TAUSSKY y E. SHORR (1948), y RICHARD ETTINGER y sus colaboradores (1952).

Este trabajo, que estudia la citremia en las nefropatías, consta de las siguientes partes: En la primera expongo en forma breve los conocimientos actuales sobre la aparición del ácido cítrico en el metabolismo intermediario de los glúcidos; en la segunda parte refiero los conocimientos actuales sobre citremia; en la tercera, los conocimientos que se poseen sobre citremia en nefropatías; en la cuarta menciono la técnica que seguí para determinar citremia; en la quinta parte relato las investigaciones que efectué e interpreto los resultados obtenidos, formulando, por último, las conclusiones e indicando luego la bibliografía consultada.

Dejo constancia de mi agradecimiento al catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de San Marcos, de Lima, doctor CARLOS A. BAMBARÉN, por haberme sugerido el tema, ofrecerme su valiosa ayuda y darme copiosa bibliografía; al doctor ERNESTO DELGADO FEBRES, por su ayuda y bondadosa acogida al permitirme realizar la parte experimental en el laboratorio del Pabellón 1 del «Hospital Loayza», y al doctor BALTASAR REYNAFARJE, por la constante cooperación que me brindó; igualmente a los doctores SERGIO BERNALES, CARLOS LANFRANCO y FÉLIX PARODI, del Hospital «Dos de Mayo», por proporcionarme bondadosamente los enfermos con trastornos nefríticos que se asisten en ese Nosocomio. Agradezco también sus atenciones al personal del laboratorio de los hospitales «Loayza» y «Dos de Mayo», de Lima (Perú).

En forma particular expreso mi agradecimiento a la International Petroleum Company y al ingeniero Bustamante Cornejo, por sus gentilezas de proporcionarme

heptano para llevar a cabo las investigaciones que me propuse realizar, y a la señorita Ada Villanueva, por su colaboración en la parte estadística.

ACIDO CÍTRICO EN EL METABOLISMO INTERMEDIARIO DE LOS GLÚCIDOS

BREUSCH [2] recuerda que, para KREBS y JOHNSTON, el ciclo del ácido cítrico es un eslabón importante en el desdoblamiento de los glúcidos, siendo KREBS [12 13] de la opinión que todos los carbohidratos metabolizados pasan por el estado de ácido cítrico.

NEILANDS y colaboradores [22] afirman que es por intermedio del ciclo del ácido cítrico, como los productos del metabolismo de las grasas, azúcares y aminoácidos se queman, dando anhídrido carbónico y agua, tomándose en parte la energía química producida en la oxidación de estas sustancias como una cadena química de alto contenido energético.

Sugiere SANTOS RUIZ [32] que el ácido cítrico es un intermediario en la oxidación de los lípidos, puesto que al agregar glicéridos a sus suspensiones de músculo cardíaco de ratas en presencia de malonato, se forma citrato en cantidad, siendo BREUSCH [2] quien descubrió, en 1939, una enzima, la citrogenasa, la que aisló del riñón, músculo y cerebro; esta enzima cataliza la condensación de ácidos alfa cetónicos con oxalacetato, produciéndose en la reacción citrato y un ácido graso con dos carbones menos que el ácido alfa cetónico generador.

La citrogenasa se encuentra en escasa cantidad en el hígado y casi nada en el bazo, pulmón y páncreas, confirmándolo así los experimentos de perfusión de SNAPPER y GRUBAUM, ya que el riñón, músculo y cerebro metabolizan grandes cantidades de ácido beta-oxi-butírico, el hígado una pequeña cantidad, y el bazo, pulmón y páncreas, nada.

Para SUMMERSON [39], el «ciclo del ácido cítrico» da una explicación razonable del mecanismo de oxidación aerobia de los carbohidratos; este ciclo ha sido modificado por KREBS [13] y por otros investigadores [25 26], llamándose «ciclo del ácido tricarboxílico»; de acuerdo a este proceso, los carbohidratos son degradados en ácido pirúvico, pasando por una serie de reacciones.

HARROW [8] expresa que la teoría formulada por KREBS sobre el ácido cítrico, el compuesto intermedio tiene seis átomos de carbono y no es otro que el ácido cítrico, suponiendo que el compuesto no se forma por unión de dos moléculas de ácido pirúvico, sino combinándose una de oxalacético y algún derivado de carbohidrato (probablemente, ácido pirúvico); asimismo, HARROW [8] ha demostrado que el organismo es capaz no sólo de oxidar el ácido cítrico, sino que también puede sintetizarlo, lo que comprobó añadiendo al tejido arsenito sódico, sustancia capaz de intoxicar los fermentos que llevan a cabo la desintegración posterior del ácido alfa-ceto-glutárico.

En el metabolismo de los hidratos de carbono, indica FULTON [9] que debe reservarse un importante lugar al ácido pirúvico, aunque sea una sustancia quizá algo menos familiar que la glucosa y el glucógeno, puesto que rara vez se le encuentra fuera de este campo especializado; es, sin embargo, una sustancia clave en el metabolismo intermediario, siendo ahora reconocido, según NORD [23], como una de las principales sustancias en la fermentación y oxidación de los carbohidratos, y, según BREUSCH [2], el ciclo cítrico encontraría su origen en la oxidación del ácido pirúvico y en la de los ácidos grasos al nivel del hígado y en la del acetil-acetato en los restos de los tejidos del organismo. KREBS y JOHNSON (1937) comprobaron

«in vitro» que el tejido muscular en anaerobiosis puede formar acetona a partir del ácido pirúvico. Además, recuerda FULTON que el piruvato es también un intermediario en la conversión de las proteínas en hidratos de carbono, y de los hidratos de carbono en grasas.

Según FIESER y FIESER [7], el ciclo del ácido cítrico es importante por el hecho de que el ácido glutámico, ácido aspártico y alanina y solamente estos aminoácidos son oxidados fácilmente en el músculo, siendo después convertidos por el proceso de trasaminación en los correspondientes cetoácidos, los cuales intervienen en el ciclo.

HOWELL y FULTON [9] afirman que KREBS [13] y otros investigadores [15 24] descubrieron en los músculos pectorales de la paloma un sistema de oxidación que elimina el piruvato, al que denominaron «ciclo del ácido tricarboxílico».

DEULOFEU y MARENZI [5] afirman que el ácido cítrico cataliza las oxidaciones en diversos tejidos, particularmente en presencia de ciertos derivados de los carbohidratos, como el ácido pirúvico; éste, en presencia de ácido oxalacético, por oxidación y descarboxilación, origina ácido cis-aconítico, que, según KARRER [14], es el producto intermedio de la descomposición del cítrico; este ácido cis-aconítico, por hidratación y en presencia de una enzima específica, la aconitasa, produce ácido cítrico o iso-cítrico, como lo comprueban los experimentos de SUMMERSON [39].

La aconitasa mantiene el equilibrio entre los tres componentes y desempeña papel similar al de la fumarasa en el ciclo del ácido succínico.

El producto oxidable es el ácido iso-cítrico, que por deshidrogenación origina ácido alfa-ceto-beta-carboxiglutárico y espontáneamente se descompone con pérdida de anhídrido carbónico y formación de ácido alfa-ceto-glutárico; la reacción es irreversible; el ácido alfa-ceto-glutárico se descarboxila por oxidación, quizá con intervención de la carboxilasa, originando ácido succínico, que, por las enzimas específicas, pasa a ácido fumárico, luego a ácido málico y finalmente a ácido oxalacético.

Un carácter importante del ciclo, afirma NORD [23], parece ser el equilibrio de óxido-reducción entre los ácidos málico y oxalacético.

CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE CITREMIA

STOPPANI [38] ha hecho un estudio sobre los órganos que regulan la citremia, indicando las variaciones que se presentan al extirpar ciertos órganos. Estos experimentos los hizo STOPPANI en perros, a los que administraba previamente, por vía parenteral, citrato de sodio. Comprobó que la extirpación de los riñones determina ligero aumento de citremia; la extirpación conjunta de los riñones y aparato digestivo, aumento algo mayor; la evisceración abdominal produce gran aumento de citrato en la sangre, sin que se produzcan variaciones de importancia en el citrato del músculo. Este aumento de la citremia se debería a que una parte del citrato que forma el músculo y que normalmente es eliminado por el hígado y el riñón se acumula en la sangre al extirparse dichos órganos. El hígado consumiría el citrato formado según MARTENSSON [17], DE OYA y GRANDE COVIÁN [29].

Afirma STOPPANI [37] que cuando se inyecta ácido cítrico, el aumento de la citremia es aún mayor. En perros eviscerados, el citrato desaparece más lentamente que en perros nefrectomizados, siendo el aumento de la citremia en perros pancreatoprivos igual al que se observa en normales, de lo que se deduce que la citremia en el perro parece estar regulada principalmente por el tejido muscular. STOPPANI cree que el tejido muscular puede consumir grandes cantidades de citrato;

también ha demostrado que la inyección intravenosa de soluciones de glucosa, fumarato, succinato y malonato en perros nefrectomizados, determina aumento de la citremia; la variación es pequeña en relación a la dosis inyectada. El lactato no tiene acción hipercitremígena. En los perros pancreatoprivos la acción de la glucosa es más intensa que en los normales. La insulina disminuye la citremia. El malonato tiene una acción hiperglucemiante ligera, que es independiente de la suprarrenal y del páncreas.

BOOTHBY y ADAMS [1] y MARTENSSON [16] también han estudiado los órganos que regulan la citremia, siendo para dichos autores el riñón el órgano más importante para la eliminación y oxidación del citrato de la sangre; la importancia del hígado sería también considerable, ya que su eliminación y exclusión funcional aumenta en forma prolongada y constante la citremia.

MARTENSSON [17] llevó a cabo dos experimentos en gatos y conejos, comprobando que la extirpación de los riñones determina ligero aumento de la citremia en el gato, mientras que en el conejo el aumento es muy intenso; la extirpación del riñón y del aparato digestivo suprime el aumento de la citremia en el conejo, porque en dicho animal el aparato digestivo forma citrato endógeno de origen microbiano. Cualquier organismo es capaz de remover ácido cítrico, según MARTENSSON; cuando se inyecta intravenosamente, el ácido cítrico se forma en el músculo, lo cual puede demostrarse por la aparición de ácido cítrico en un preparado eviscerado, y también por el hecho de que la sangre venosa del músculo tiene una concentración mayor de ácido cítrico que la sangre arterial.

CECILIA SCHUCK [33] estudió también el efecto que tiene sobre la citremia la ingestión de grandes cantidades de jugo de uva y naranja, encontrando aumento; siendo mayor el producido por el jugo de naranja.

CAROLINA SHERMAN y colaboradores [34] encontraron que el ácido cítrico se encuentra invariable en la orina de seres humanos, ratas y perros, lo mismo que en la sangre y tejidos del cuerpo.

Las observaciones en hombres confirman los hallazgos de OESTBERG [28], que la cantidad de ácido cítrico excretada por un individuo varía directamente con el pH urinario, y que la insuficiencia cardíaca descompensada y la diabetes producen cifras mayores de citremia. Las enfermedades inflamatorias, en cambio, dan cifras menores.

TORSTEN THUMBERG [41] ha comprobado que la concentración de ácido cítrico en sangre está controlada por la hormona paratiroidea, aumentando y disminuyendo con las variaciones de la cantidad de hormona; también ha comprobado que el ácido cítrico se encuentra en grandes cantidades en la leche, semen, glándulas mamarias y también en los huesos, y desempeña un papel en la permeabilidad de la célula y en la irritabilidad del sistema nervioso, concordando estas observaciones con las de CAMERÓN [4].

ROJHAN y GIRAL [30] han comprobado su presencia en el tabaco, siendo ETTINGER, GOLGDAUM y SMITH [6] quienes descubrieron, en 1952, el ácido cítrico en la sangre.

GLADYS CASTILLO [3], de Lima, ha determinado citremia en individuos aparentemente sanos, con el método de Richard Ettinger y colaboradores, y sus resulados, expresados por el análisis matemático-estadístico, son los siguientes, para hombres:

Media $\pm$ error standard	1'00 $\pm$ 0'038
Desv. st. $\pm$ error standard	0'29 $\pm$ 0'054
Coef. de variación por ciento	29'80
Cifras extremas	0'10 1'60

Para mujeres:

Media ± error standard	1'25 ± 0'058
Desv. st. ± error standard	0'31 ± 0'041
Coef. de variación por ciento	48'76
Cifras extremas	0'70 2'00

WALLMAN C. CARLSSON [42] ha comprobado que el alimento tomado al levantarse aumenta en un 20 por ciento la citremia; por lo tanto, cualquier investigación de citremia debe hacerse con el estómago vacío.

CITREMIA EN NEFROPATÍAS

Según afirma JIMÉNEZ DÍAZ [11], los estudios de estos últimos años han probado el papel del riñón en el metabolismo intermediario, interviniendo en el ciclo de Krebs, de los dicarboxílicos, para escindir el ácido pirúvico en anhídrido carbónico y agua.

Aparte del papel que el ácido cítrico puede tener en el metabolismo general, tendría también su repercusión en lo referente a eliminación y estabilidad del calcio en la orina, refiriendo JIMÉNEZ DÍAZ que SCOTT, HYGGINS y SELMAN [31] han encontrado disminución de la eliminación de ácido cítrico en la nefrolitiasis, siendo la concentración de citrato urinario menor que en adultos normales, en tanto que la concentración sanguínea es normal.

El riñón participa en el metabolismo de los hidratos de carbono, realiza la neoglucogénesis, incorporando glucosa a la sangre; participa en la utilización de la grasa y regula la movilización de la misma, en la utilización de los aminoácidos, en la formación y destrucción de los cuerpos cetónicos, etc. Algunas de estas funciones metabólicas sirven para formar orina y regular en el medio interno la formación de amoníaco, que es esencial en la regulación del equilibrio ácido-básico, formación de ácido cítrico, metabolismo calcio-fósforo y equilibrio del calcio en la orina.

Según HOUSSAY [10], la eliminación de ácido cítrico por el riñón regula el equilibrio desviado hacia el lado alcalino, aumentando la eliminación unas cien veces su valor inicial, cuando se administra bicarbonato de sodio, habiendo demostrado J. ORTEN y A. H. SMITH [27] que el ácido cítrico en estas circunstancias se forma en el riñón, según experimentos en ratas con nefrectomía bilateral a las que administraban malato de sodio por vía parenteral. El aumento de ácido cítrico que sigue a la inyección de malato de sodio, en ratas, se produce principalmente en el riñón o depende de la presencia de esta víscera para su formación.

MORANDO [18 19], experimentando en perros y chanchos, ha demostrado que después de una mononefrectomía aumenta la citremia, concluyendo que el riñón juega papel importante en la destrucción del ácido cítrico, en lugar de sintetizarlo.

SOLLMAN [36] afirma que la concentración de ácido cítrico en suero sanguíneo de sujetos normales es de 2'5 miligramos por ciento, y que en los estados patológicos oscila entre 1'5 y 5 miligramos por ciento.

SMITH y CHANG [35] han probado que la nefrectomía bilateral causa aumento de calcio y citratos en el suero y plasma de perros adultos, veinticuatro horas después de la operación, siendo el riñón el principal órgano de eliminación de los citratos circulantes, y que la transitoria hipercalcemia que se produce después de la nefrectomía se debe a perturbación en el metabolismo de los citratos circulantes.

MARTENSSON [16] observó que el riñón oxida ácido cítrico enérgicamente, siendo el contenido de la vena renal un 20-30 por ciento menor que la sangre arterial.

Generalmente, el hígado y el músculo tienen una concentración de ácido cítrico menor que el suero, mientras que el riñón y corazón, una concentración mayor, afirmando STOPPANI [38], después de experimentos, que los factores más importantes en la regulación de la citremia son los riñones y el tejido muscular, coincidiendo sus resultados con los de NILS ALLWALL e IVAR NILSBY [22].

TÉCNICAS PARA DETERMINAR CITREMIA

Existen varias técnicas para determinar ácido cítrico en suero y plasma sanguíneos.

NATELSON, PINCUS y LUGOVOY [20] convierten el ácido cítrico en pentabromocetona, que reacciona con la tío-úrea en solución al 4 por ciento. El color producido varía con el pH de la solución; si la solución de pentabromocetona es muy concentrada, aparece color rosa.

HERTHA TAUSSKY y EFRAÍN SHORR [40] emplearon el colorímetro para determinar ácido cítrico en pequeñas muestras de plasma, suero y orina. Convierten el ácido cítrico en pentabromocetona, que extraen con heptano, y para desarrollar el color emplean INa en solución alcohólica. El complejo de color amarillo formado en la fase alcohólica, se aprecia en el fotocolorímetro de Klett-Summerson con filtro 420. Mide de 10 a 60 gammas de ácido cítrico.

GLADYS H. WOLCOTT y PAÚL BOYER [43] oxidan el bromo por el ácido cítrico, formando un derivado bromado de acetona, la pentabromocetona. Encontraron en veintitrés sujetos que la concentración de ácido cítrico era de 1'33 a 2'28 miligramos por ciento, y en el plasma, de 1'60 a 2'66 miligramos por ciento.

RICHARD ETTINGER, LEO GOLDBAUM y LLOYD SMITH [6] dieron a conocer en el año 1952 una técnica que se funda en la transformación del ácido cítrico a pentabromocetona por oxidación y bromación, extrayéndose éste por el heptano y luego se pone en contacto con piridina alcalina, que después de agitación y calentamiento da lugar al desarrollo de un color rosado en la capa de la piridina, dependiendo la intensidad del color de la concentración de ácido cítrico de la muestra.

Con esta técnica, las cantidades de ácido cítrico en la sangre van de 2 a 40 gammas, con una exactitud del 5 por ciento.

Describiré a continuación esta técnica, por haberla adoptado en las investigaciones que realicé.

Reactivos:

Tungstato de sodio al 10 por ciento.
Acido sulfúrico N/12.
Acido sulfúrico N/9.
Acido metafosfórico 40 por ciento.
Bromuro de potasio 2 M.
KOH al 30 por ciento.
Permanganato de potasio, sol. saturada.
Peróxido de hidrógeno al 6 por ciento.
Heptano normal.
Piridina analítica.

La preparación del ácido sulfúrico N/9 se hace por dilución del ácido sulfúrico concentrado al 1 por 4 con agua destilada.

Para preparar la solución de ácido metafosfórico se pesan 80 gramos del ácido para 200 c. c. de agua destilada.

Para la obtención de la curva «standard» utilicé una solución «stock» de ácido cítrico, para lo cual tomé un miligramo de ácido cítrico anhidro en 100 c. c. de ácido sulfúrico N/.; igualmente utilicé una solución «standard», diluyendo un centímetro cúbico de la solución «stock» que corresponde a 0'001 de ácido cítrico, en proporción de 1 a 200 c. c. La solución «standard» debe prepararse diariamente y con agua bidestilada.

Los reactivos deben ser químicamente puros.

La curva «standard» para obtener los cálculos la preparé con la solución «standard».

Material.—Pipetas de 10 c. c.; pipetas de 5 c. c.; pipetas de 1 c. c. al 1/10, al 1/100; embudo; tubos de vidrio con tapa esmerilada, de 15 a 200 c. c. de capacidad; tubos de prueba de 10 c. c.; tubos de colorímetro Evelyn; tubos de centrífuga; termómetro; baño de hielo a 15°; baño de María T° 80°; pipetas Pasteur con ligadura; fotocolorímetro Evelyn con filtro 515, ranura 6, y centrífuga internacional 4801, tipo 6.

Todo el material debe estar limpio, lavado con mezcla sulfocrómica y agua destilada libre de acidez y alcalinidad, y bien seco. Los tubos de prueba y los tubos de vidrio con tapa esmerilada deben ser de pyrex y del mismo calibre.

Modus operandi.—Con una jeringuilla estéril y seca se extraen en ayunas 2 centímetros cúbicos de sangre venosa, que se recoge en un frasquito limpio y estéril, que contiene una gota de heparina para evitar la coagulación de la sangre. En seguida se desproteiniza de la siguiente manera: se colocan en un vaso de precipitados 16 c. c. de ácido sulfúrico N/12 exactamente medidos; luego se agregan, gota a gota y agitando, 2 c. c. de sangre heparinizada, hasta quemar las proteínas, lo que se comprueba por el color negruzco que se desarrolla; en seguida se agregan 2 c. c. de tungstato de sodio al 10 por ciento, gota a gota y agitando constantemente, hasta perfecta neutralización, tomando el líquido un color marrón claro, procediéndose en seguida a la filtración, recogiendo el filtrado en un tubo de ensayo limpio y seco. El líquido que pasa debe ser incoloro y transparente.

Se toman dos tubos de vidrio con tapa y se numeran, sirviendo uno para el blanco y el otro para la prueba de la sangre; se le agregan en seguida al tubo para el blanco 4 c. c. de agua destilada, y al de la muestra de sangre, 4 c. c. del filtrado desproteinizado; luego, siguiendo la técnica, se agrega a cada tuvo un c. c. de ácido sulfúrico N/9 y se colocan en un baño de hielo a 15°, temperatura a que se lleva a cabo todo el procedimiento; se agita y se añaden a cada tubo 0'25 c. c. de ácido metafosfórico, luego 0'5 c. c. de bromuro de potasio y 1"5 c. c. de permanganato de potasio; se agita y se deja en reposo diez minutos. Se procede luego a la decoloración por adición de gotas de agua oxigenada; hay que tener cuidado de no agregar exceso de peróxido, debiéndose echar gota a gota y agitando constantemente.

Después se agregan a cada tubo 6 c. c. de heptano y se agita un minuto, estando los dos tubos tapados, dejándose reposar hasta completa separación de las capas; en seguida se extrae de la capa superior el heptano, 5 c. c. exactamente medidos, y se echan en otros dos tubos de vidrio con tapa, que contienen 2 c. c. de potasa y 6 c. c. de piridina; se tapan los tubos y se agitan un minuto; luego se destapan

y se llevan a un baño de agua a 80° por cuatro minutos, manteniéndose constante la temperatura, desarrollándose durante este tiempo un color rosado en la capa de la piridina, cuya intensidad depende de la concentración de ácido cítrico que contiene la muestra. Pasados cuatro minutos, se sacan del baño de agua y se llevan al baño de hielo por dos minutos, observándose que el color se intensifica.

La mezcla enfriada se traslada a dos tubos de centrífuga para proceder a centrifugarlos por diez minutos a 2.000 r. p. m., para que la separación de las capas sea completa y a la vez clara. La capa coloreada de la piridina debe estar libre de enturbiamiento; si no lo estuviera, debe volverse a centrifugar; en seguida se extraen con pipeta Pasteur 6 c. c. de la capa de la piridina, y se agregan a dos tubos de colorímetro Evelyn para hacer las correspondientes apreciaciones fotocolorimétricas. Se emplea filtro 520 y ranura de 6 c. c., ubicando el reactivo en blanco al 100 por ciento. Se anotan las cifras de cada uno de los tubos y se hace la referencia en la curva «standard» de ácido cítrico, procediéndose a hacer los cálculos, obteniéndose así la citremia para cada sujeto.

Para determinar citremia por este método, se requieren aproximadamente dos horas.

Observaciones.—Si la solución se vuelve amarilla en el momento de la decoloración, se debe al agua oxigenada mala, debiéndose obtener otra.

Debe evitarse añadir exceso de agua oxigenada.

El color de la capa de la piridina debe estar libre de enturbiamiento.

Debe apreciarse el color inmediatamente con el fotocolorímetro, porque si no se enturbia, pierde color y da cifras mayores de citremia la solución.

La temperatura de 80° C. debe ser constante; lo mismo el tiempo de cuatro minutos.

* * *

Para comprobar si los resultados eran exactos, realicé pruebas de recuperación, con los siguientes resultados: La concentración de ácido cítrico fue de 5'4; agregué ácido cítrico en la cantidad que se indica luego:

Ejemplo	Adicionado sol. al 10 % Gammas	Encontrado Gammas	Recuperado %
1	0'04-4	8'2	87'23
2	0'06-6	10'9	95'61
3	0'08-8	14	104'55

Investigaciones e interpretación de los resultados

Se determinó citremia en cincuenta pacientes: veinticinco hombres y veinticinco mujeres, de los hospitales «Dos de Mayo» y «Arzobispo Loayza», con los siguientes diagnósticos: veinte hombres con glomérulo-nefritis difusa crónica, y cinco con glomérulo-nefritis difusa aguda; seis mujeres con glomérulo-nefritis difusa aguda, trece con glomérulo-nefritis difusa crónica, y seis casos de tuberculois renal.

GLOMÉRULO-NEFRITIS DIFUSA CRÓNICA

N.º	Nombre	Sexo	Edad	Citremia, mgr. %
1	P. M.	M	55	0'62
2	L. S.	M	33	0'65
3	M. A.	M	52	0'86
4	A. C.	M	42	0'86
5	G. Y.	M	46	0'92
6	D. C.	M	66	0'96
7	E. B.	M	36	0'96
8	B. P.	M	67	1'02
9	E. T.	M	45	1'06
10	T. P.	M	75	1'12
11	G. A.	M	22	1'15
12	P. O.	M	28	1'15
13	J. G.	M	62	1'15
14	L. B.	M	31	1'23
15	C. S.	M	12	1'55
16	M. G.	M	28	1'75
17	C. S.	M	45	1'91
18	T. Z.	M	51	1'91
19	R. A.	M	51	2'12
20	C. G.	M	54	2'12

GLOMÉRULO-NEFRITIS DIFUSA AGUDA

N.º	Nombre	Sexo	Edad	Citremia, mgr. %
1	V. Y.	M	57	1'10
2	J. A.	M	70	1'25
3	M. M.	M	51	1'60
4	J. V.	M	55	1'85
5	J. B.	M	39	2'23

GLOMÉRULO-NEFRITIS DIFUSA CRÓNICA

N.º	Nombre	Sexo	Edad	Citremia, mgr. %
1	A. S.	F	23	0'52
2	C. S.	F	26	0'52
3	L. V.	F	35	1'11
4	C. S.	F	25	1'11
5	E. Z.	F	28	1'32
6	O. C.	F	47	1'40
7	A. R.	F	45	1'40
8	J. C.	F	28	1'56
9	A. H.	F	36	1'56
10	O. F.	F	50	2'12
11	M. M.	F	45	2'12
12	C. V.	F	28	2'25
13	A. S.	F	38	5'00

GLOMÉRULO-NEFRITIS DIFUSA AGUDA

N.º	Nombre	Sexo	Edad	Citremia, mgr. %
1	A. G.	F	19	0'82
2	M. V.	F	22	0'86
3	C. F.	F	13	0'86
4	F. V.	F	30	0'88
5	M. G.	F	23	0'96
6	O. A.	F	30	1'32

TUBERCULOSIS RENAL

N.º	Nombre	Sexo	Edad	Citremia, mgr. %
1	V. R.	F	26	0'56
2	E. R.	F	29	0'52
3	B. D.	F	35	0'56
4	O. G.	F	14	1'15
5	M. O.	F	20	1'55
6	S. A.	F	25	1'55

El análisis matemático estadístico de los resultados es el siguiente:

Veinte casos de glomérulo-nefritis difusa crónica en hombres

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
1'25 ± 0'09	0'43 ± 0'06	35'04 %	0'62 - 2'12

Cinco casos de glomérulo-nefritis difusa aguda en hombres

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
1'60 ± 0'20	0'41 ± 0'14	25 %	1'10 - 2'23

Trece casos de glomérulo-nefritis difusa crónica en mujeres

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
1'53 ± 0'14	0'62 ± 0'12	40 %	0'52 - 5'00

Seis casos de glomérulo-nefritis difusa aguda en mujeres

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
0'95 ± 0'07	0'17 ± 0'05	17'9 %	0'82 - 1'32

Seis casos de tuberculosis renal en mujeres

Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de variación	Cifras extremas
0'98 ± 0'20	0'45 ± 0'14	45'7 %	0'56 - 1'55

Las determinaciones que he efectuado permiten afirmar que la citremia se encuentra aumentada en los enfermos con nefritis, comprobando que en las mujeres está aumentada en las nefritis crónicas, disminuyendo en las agudas y en la tuberculosis renal.

En veinte casos de glomérulo-nefritis de hombres, la cifra media fue de 1'25 miligramos, con error «standard» ± 0'09; desviación «standard» 0'43, error «standard», ± 0'06; siendo las cifras extremas 0'62 y 2'12 miligramos por ciento, con coeficiente de variación del 35 por ciento.

En cinco casos de glomérulo-nefritis difusa aguda de hombres, la cifra media fue de 1'60 miligramos, con error «standard» ± 0'20; la desviación «standard», 0'41, con error «standard» ± 0'14, coeficiente de variación del 25 por ciento; las cifras extremas fueron 1'10 y 2'23 por ciento.

En trece casos de glomérulo-nefritis difusa crónica en mujeres, la cifra media fue 1'53 miligramos, con error «standard» ± 0'14; desviación «standard», 0'62; error «standard», ± 0'12; coeficiente de variación, 40 por ciento, y cifras extremas, 0'52 y 5 miligramos por ciento.

En seis casos de glomérulo-nefritis aguda en mujeres, la cifra media fue 0'95 miligramos, con error «standard» ± 0'07; desviación «standard», 0'17; con error «standard» ± 0'05; coeficiente de variación, 17 por ciento, y cifras extremas, 0'82 y 1'32 por ciento.

En seis casos de tuberculosis renal en mujeres, la cifra media fue 0'98 miligramos, con error «standard» ± 0'20; desviación «standard», 0'45; error «standard», ± 0'14; coeficiente de variación, 45 por ciento, y cifras extremas, 0'56 y 1'55 miligramos por ciento.

Se puede concluir que existe hipercitremia en nefritis crónica, en hombres y mujeres, y disminución en la nefritis aguda de mujeres y tuberculosis renal.

La citremia siempre debe investigarse en ayunas, ya que el alimento tomado al levantarse da aumento del 20 por ciento sobre el promedio, proporcionando resultados falsos, como lo afirma Wallman C. Carlsson.

Conclusiones

1.ª Se ha empleado por primera vez en el Perú la técnica de Richard Ettinger y colaboradores para determinar citremia en cincuenta nefríticos, correspondiendo

veinticinco a mujeres y veinticinco a hombres, con edades comprendidas entre doce y setenta y cinco años.

2.ª Se determinó citremia en pacientes con glomérulo-nefritis difusa aguda y crónica, y con tuberculosis renal.

3.ª Por los resultados estadísticos se ha comprobado que en veinte casos de glomérulo-nefritis difusa crónica, en hombres, existe aumento de 0'25 miligramos con respecto a los normales, con un coeficiente de variación del 35 por ciento.

4.ª En cinco casos de glomérulo-nefritis difusa aguda, en hombres, aumentó 0'60 miligramos con respecto a los normales, con coeficiente de variación del 25 por ciento.

5.ª En trece casos de glomérulo-nefritis difusa crónica, en mujeres, se ha comprobado que, en relación con las medias normales de mujeres, hay aumento de 0'28 miligramos, con coeficiente de variación del 40 por ciento.

6.ª En seis casos de glomérulo-nefritis difusa aguda, en mujeres, se comprobó que, en relación con las medias normales de mujeres, hay disminución de 0'30 miligramos, con coeficiente de variación del 17 por ciento.

7.ª En seis casos de tuberculosis renal, comparando con las medias normales de mujeres, hay disminución de 0'27 miligramos, con coeficiente de variación del 45 por ciento.

8.ª Recomiendo la técnica de Richard Ettinger y colaboradores para determinar citremia, por la exactitud de sus resultados.

RESUMEN

Se estudian en este trabajo las cifras de citremia en las nefropatías. En una primera parte se exponen brevemente los actuales conocimientos sobre la aparición del ácido cítrico en el metabolismo intermediario de los glúcidos. Seguidamente señala los conocimientos que hoy se tienen sobre citremia. Trata después del comportamiento de la citremia en las nefropatías, para lo cual refiere en otro apartado la técnica seguida para su determinación. Finalmente relata las investigaciones efectuadas y la interpretación de los resultados obtenidos que sintetiza en varias conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boothby, W. M., and Adams, M.—«The ocurrence of citric acid in urine and body fluids». *American oJurnal of Physiology*, vol. 107, pág. 471. Baltimore, 1934.
2. Breusch, F. L.—«Citric acid cycle, sugar and fat breakdown in tissue metabolism». *Science*, vol. 97, pág. 490. Wáshington, D. C., 1943.
3. Castillo, Gladys.—«Citremia en sujetos aparentemene sanos». Tesis de Bachiller en Farmacia y Bioquímica. Lima, 1955.t
4. Camerón, A. T.—«Manual de Bioquímica», pág. 627. Barcelona, 1944.
5. Deulofeu, V., y Marenzi, A. D.—«Tratado de Química Biológica», pág. 252. Buenos Aires, 1946.
6. Ettinger, R.; Goldbaum, L., and Smith, H.—«A simplified photometric method for the determination of citric acid in biological fluids». *Journal Biological Chemistry*, vol. 199, pág. 531. Baltimore, 1952.
7. Fieser, L., y Fieser, M.—«Organic Chemistry», pág. 477. Boston, 1944.
8. Harrow, B.—«Tratado de Bioquímica», pág. 305. Méjico, 1946.
9. Howell, W. y Fulton.—«Tratado de Fisiología», tomo I, pág. 152; tomo II, pág. 1.075. Buenos Aires, 1951.
10. Houssay, B.—«Fisiología humana», pág. 358. Buenos Aires, 1951.
11. Jimenez Díaz, C.—«Lecciones de Patología Médica», tomo VII, pág. 107. Madrid - Barcelona, 1950.
12. Krebs, H. A.—«Chemical Pathways of Metabolism», pág. 4. Nueva York, 1954.
13. Krebs, H. A.—«The intermediary stages in the bio'ogical oxidation of carbohydrate». *Advances in Enzimology*, vol. 3, pág. 191. Nueva York, 1943.
14. Karrer, P.—«Tratado de Química Orgánica», pág. 332. Barcelona, 1946.

15. LIPMANN, F.—«Metabolic process patterns». *Currents in Biochemical Research*, pág. 148. Nueva York, 1947.
16. MARTENSSON, J.—«Citric acid metabolism in mammals». *Acta Physiologica Scandinava*, Suplementum 2, vol. 96. Stockholm, 1940.
17. MARTENSSON, J.—«The citric acid content of the serum after glucose and galactose tolerance test». *Acta Medica Scandinava*, vol. 143, pág. 171. Stockholm, 1949.
18. MORANDO GIAN, C.—«Interazione nel rene in metabolismo dell'ácido cítrico». *Bolletino della Società Italiana di Biologia Sperimentale*, vol. 24, pág. 151. Napoli, 1948.
19. MORANDO GIAN, C.—«Il rene nel metabolismo dell'ácido cítrico». *Archivos Italianos de Urología*, vol. 23, pág. 205. Bologna, 1949.
20. NATELSON, PINCUS and LUGOVOY.—«Microestimation of citric acid. A new colorimetrics reaction for pentabromocetone». *Journal Biological Chemistry*, vol. 175, pág. 745. Baltimore, 1948.
21. NEILANDS, J. B., and STUMPF, P.—«Tricarboxilic acid cycle». *Outliness of Enzime Chemistry*, pág. 265. Nueva York, 1955.
22. NILS ALWALL and IVAR NILSBY.—«The regulation of citric and content of blood serum». *Acta Medica Scandinava*, vol. 116, pág. 132. Stockholm, 1943.
23. NORD, F. F.—«Mechanism of carbohidrate oxidation». *Advances in Enzimology*, vol. 6, página 358. Nueva York, 1946.
24. OCHOA, S.—«Enzimic mechanism of anhidrido carbonico assimilation». *Currents in Biochemical Research*, pág. 165. Nueva York, 1947.
25. OCHOA, S.—«Enzimic mechanism in the citric acid cycle». *Advances in Enzimology*, vol. 15, página 183. Nueva York, 1954.
26. OCHOA, S.—«Biological mechanism of carboxilation and decarboxilation». *Physiological Review*, vol. 53, pág. 1. Wáshington, D. C., 1953.
27. ORTEN, J. M., and SMITH, A.—«On the site of the formation of citric acid in the animal organism». *Journal Biological Chemistry*, vol. 128, pág. 101. Baltimore, 1939.
28. OESTBERG, O.—«Citric acid in blood and urine». *Experimental Medizin*, pág. 442. Berlín, 1934.
29. OYA DE J. C., y GRANDE COVIÁN.—«Estudios sobre el metabolismo del ácido cítrico». *Revista Clínica Española*, vol. 5, pág. 18. Madrid, 1942.
30. ROJHAN, V., y GIRAL, F.—*Productos Químicos Farmacéuticos*, vol. 1, pág. 550. Méjico, 1946.
31. SCOTT, HYGGINS and SELMAN, C. B.—«Metabolism of citric acid in urolithiasis». *Journal Urology*, vol. 50, pág. 202. Baltimore, 1943.
32. SANTOS RUIZ, A.—«Bioquímica de los lípidos», pág. 203. Madrid, 1950.
33. SCHUCK, CECILIA.—«Effect of the ingestion of large amounts of orange juice and grape juice». *Journal of Nutrition*, vol. 7, núm. 6, pág. 691. Philandelphia, 1934.
34. SHERMAN, CAROLINE; LAFAYETTE, B.; MENDEL, H. A. SMITH, and TOOTHILL, M.—«The citric acid formed in animal metabolism». *oJurnal Biological Chemistry*, vol. 113, pág. 247. Baltimore, 1936.
35. SMITH FREEMAN, and CHANG, T. S.—«Role of the kidney and of citric acid in production of a transient hypercalcemia following nephrectomy». *American Journal of Physiology*, vol. 160, pág. 335. Baltimore, 1950.
36. SOLLMAN TORALD, M. D.—«Farmacología y sus aplicaciones en Terapéutica y Toxicología», página 1.161. Barcelona, 1949.
37. STOPPANI O. M., A.—«Citremia y metabolismo de los hidratos de carbono». *Anales de la Asociación Química Argentina*, vol. 34, pág. 33. Buenos Aires, 1946.
38. STOPPANI O. M., A.—«Regulación de la citremia». *Anales de la Asociación Química Argentina*, vol. 34, pág. 26. Buenos Aires, 1946.
39. SUMMERSON HOW OSER.—«Química Fisiológica práctica», pág. 855. Méjico, 1949.
40. TAUSSKY, H., and SHORR, E.—«A microcolorimetric method for the determinations of citric acid in blood and plasma». *Journal Biological Chemistry*, vol. 169, pág. 103. Baltimore, 1947.
41. THUMBERG TORSTEN.—«Occurrence of citric acid in the animal organism». *Physiological Review*, vol. 33, pág. 1. Wáshington, D. C., 1951.
42. WALLMAN C. CARLSSON.—«The effect of the food intake on the morning value of the citric acid concentration of the blood». *Acta Physiologica Scandinava*, vol. 14, pág. 208. Stockholm, 1947.
43. WOLCOTT, G., and BOYER, P.—«A colorimetric method for the determination of citric acid in blood and plasma». *Journal Biological Chemistry*, vol. 172, pág. 729. Baltimore, 1948.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia. Lima (Perú)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960

I. LIBROS

AUTORES NACIONALES

PATOLOGÍA GENERAL Y FISIOPATOLOGA, *por el doctor* ENRIQUE ROMERO. *Dos tomos (17'5 por 25 cm.). T. I., de 1.184 páginas, con 261 figuras. T. II, de 1.222 páginas, con 370 figuras; encuadernación en tela. Editorial Paz Montalvo, Antonio Maura, 13, Madrid, 1960.*

SIENDO la patología general una de las asignaturas básicas de nuestra carrera, es natural que a su conocimiento se dedique siempre, desde la iniciación de los estudios médicos, una preferente atención.

Las obras existentes que a su exposición y enseñanza se dedicaban tradicionalmente en nuestra patria, aunque magníficas en su tiempo, resultaban hoy día un tanto desplazadas y anticuadas ante los nuevos conocimientos conseguidos en este último cuarto de siglo. Por otra parte, el dominio de la Fisiología normal y patológica es totalmente indispensable para darse cuenta de los cambios que los procesos generales imponen al organismo.

Hacía falta quien, con perseverancia y acierto, personalizase en una obra sencilla y completa, asequible a los estudiantes, estos conocimientos básicos, indispensables luego para poder desenvolverse con soltura y seguridad ante los problemas que la clínica plantea a diario. El profesor Romero, personalidad con una madurez ya consagrada, con dotes didácticas acreditadas en la prensa y en la cátedra, y con una formación clínica excelente, ha llevado a cabo la ingente tarea de reunir en estos dos nutridos volúmenes todo lo fundamental e imprescindible referente a tan amplia disciplina.

En el primero de estos tomos, se exponen los fundamentos de la Patología, los factores etiológicos generales, los importantísimos capítulos de alergia y anafilaxia, y la Patología general del cáncer, tal como han sido siempre estudiados en nuestros programas. A ellos siguen, con mayor extensión, toda la fisiopatología agrupada por aparatos y sistemas, comprendiendo en este primer volumen: el aparato circulatorio, respiratorio y digestivo. En el tomo segundo, se incluye la fisiopatología del aparato urinario, la del metabolismo y nutrición, la fisiopatología del sistema endocrino, el estudio de la sangre y órganos hematopoyéticos, finalizando con la fisiopatología del sistema nervioso.

Si en todas las ramas del saber se han registrado acontecimientos transcendentales, enriqueciéndose con el tecnicismo derivado de las ciencias físicas y químicas, tampoco la Fisiología y la Patología han escapado a esta revolución de progreso, carácter social y especialización que hoy se observa, y la obra nos ofrece en todo momento una visión conjunta del estado actual.

La parte gráfica, indispensable en toda obra de enseñanza, está tomada totalmente de una experiencia personal, apreciándose multitud de esquemas gráficos: fisiológico, fisiopatológico o sindrómico, en los que el lector puede recoger, en una sola ojeada, todos los distintos aspectos descritos, en especial dando unidad al síndrome.

El autor subraya con este volumen el valor de su producción médica ya copiosa, y acrecienta su personalidad científica, que lo señala claramente como uno de los valores que con más derecho pueden aspirar a las altas posiciones en el campo de la enseñanza en la medicina española, y su obra es una verdadera aportación de conceptos nuevos magníficamente enfocados dentro de la fisiopatología de nuestra época.

Como dice Marañón en su magnífico y acertado prólogo: «Lo esencial en los libros de ciencia buenos, y desde luego en éste, es el poner un índice de juventud y de plenitud en lo que ya se sabe. Como los hombres, que son siempre iguales, pero que en cada generación tienen acentos peculiares; y esto es lo que caracteriza al libro.» Y el libro de Romero tiene la marca auténtica de la «generación actual», de aquí su alto valor didáctico y la difusión que no dudamos ha de alcanzar.—RICARDO HORNO LIRIA.

ANALES DEL INSTITUTO RADIO-QUIRÚRGICO DE GUIPÚZCOA. (LUCHA CONTRA EL CÁNCER.) *Un vol. (17'5 por 24'5 cm.) de 116 páginas; rústica. Imprenta de la Excma. Diputación de Guipúzcoa. San Sebastián, 1959.*

Como en años anteriores, la veterana institución guipuzcoana para la lucha anticancerosa nos ofrece en este nuevo volumen una recopilación de interesantes trabajos realizados por su personal médico y un resumen de los actos celebrados en su labor social durante el pasado año.

Los trabajos presentados, de índole muy diversa, pertenecen algunos al terreno experimental, otros a la terapéutica física, y los más a los problemas del diagnóstico precoz. Todos ellos interesantes, como decimos, y dignos de ser leídos. Por ello felicitamos al director de este benéfico Instituto, doctor Alberto Anguera, y a los médicos que con él laboran y que desde hace tantos años desenvuelven una utilísima y eficaz campaña en la lucha contra esta implacable plaga, en la que tanto podemos lograr todavía.—Ricardo Horno Liria.

HOMENAJE AL DOCTOR OCHOA DE ALBORNOZ. *Un vol. (15'5 por 21 cm.) de 50 páginas, con fotografías. Publicación número 23 del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife (I. Canarias), 1959.*

Con todo acierto —ya que así queda una grata constancia del mismo— se recogen en esta publicación los actos celebrados el día 16 del pasado noviembre en el aula del Hospital Central de Tenerife, para exaltar la figura y la obra del doctor Severo Ochoa de Albornoz, segundo español galardonado con el Premio Nobel de Medicina, y actualmente profesor de Bioquímica en el Colegio de Medicina de la Universidad de Nueva York.

En aquel acto, que resultó muy brillante y fue presidido por todas las autoridades de Tenerife, intervinieron: el doctor don Tomás Cerviá, Director del I. P. T., para hacer la ofrenda y glosa en torno al doctor Ochoa; el profesor A. G. González, catedrático de Química de la Facultad de Ciencias de la Universidad de La Laguna, que expuso: «La aportación del doctor Ochoa a la Bioquímica»; y el Gobernador Civil, señor Galindo Herrero, que cerró el acto con unas palabras alusivas al desarrollo del pensamiento y a la figura del científico español.

Una interesante fotografía y autógrafo del homenajeado y algunas otras del acto completan la parte gráfica de aquella jornada de exaltación científica, recogida, una vez más, por la actividad incesante y el trabajo tenaz del doctor Cerviá.—Ricardo Horno Liria.

AUSCULTACIÓN CARDÍACA: CUATRO LECCIONES, *por el doctor* J. Durán Molina. *Un folleto de 36 páginas del Instituto de Fisiología y Patología Regional de Tenerife, 1959.*

La labor científica del Instituto de Fisiología y Patología regional de Tenerife va cristalizando en una interesante serie de publicaciones, siendo la que comentamos la número 21, dedicada a recoger las cuatro conferencias pronunciadas por el autor en un cursillo sobre auscultación cardíaca que tuvo lugar en la Institución.

El texto es interesante, especialmente para el estudiante, a quien le presenta de manera clara y resumida la sistemática de la auscultación cardíaca con la interpretación de los accidentes y soplos que pueden aparecer. Por otra parte, interesa también al médico, pues siempre es útil releer o revisar cuestiones de práctica tan inmediata como esta de la auscultación cardíaca, algunos de cuyos aspectos, por ser de aparición menos frecuente, conviene recordar con un trabajo como este, claro, concreto y que, por su brevedad, facilita la lectura de una vez.—G. Guillén Martínez.

DICCIONARIO ESPAÑOL DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS DEDEF. *Boletín Suplementario. Cuarto trimestre. Un vol. (15 por 23'5 cm.) de 315 páginas. De def. Iztueta, 7, San Sebastián, 1959.*

Con este volumen, correspondiente al cuarto trimestre del pasado año, se amplían las especialidades recopiladas dentro de estos prácticos índices del Dedef, poniéndolos totalmente al día y quedando así completamente clasificadas todas las especialidades del mercado español en tres grandes grupos, o sea: por medicamentos básicos, por enfermedades y por laboratorios. En él se han introducido notables mejoras, atendiendo a las sugerencias recibidas, y resultan de una extraordinaria utilidad.—Ricardo Horno Liria.

PROTEINOGRAMA Y RADIOTERAPIA, *por el doctor* Juan Celma Hernández. *Un vol. (16 por 23'5 cm.) de 65 páginas, con 6 figuras y tallas. Editorial Facta. Valencia, 1960.*

Este librito constituye el resumen de la tesis doctoral del autor, que ya habíamos visto publicada en «Medicina Española» (meses de febrero, marzo, abril 1959). Tras una introducción, en la que repasa la bibliografía existente del tema y expone su material y métodos, el autor estudia los valores del proteinograma en distintas entidades cancerológicas y artropáticas, antes y después del tratamiento con 2.000-3.000 r, observando que el tratamiento radioterápico determina una disproteinemia en el sentido de hipoalbuminemia y de un aumento de la alfa-2-globulina. Esta disproteinemia, llamémosla radiológica, remite generalmente a los tres meses, y cuando esto no ocurre permite la sospecha de metástasis. Las glicoproteínas varían con la correspondiente fracción globulínica y no lo hacen las lipoproteínas.

El tema, bien planteado, no satisface en su desarrollo, tal vez por el escaso número de enfermos estudiados, treinta y uno en total, contando y sumando los de afecciones muy dispares entre sí; sin especificar, por otro lado, tratamientos acompañantes que pueden influir los valores del PG.

Loable el deseo de Editorial Facta de editar, en muy cuidada presentación, las tesis doctorales médicas presentadas en Valencia.—F. J. Marín Górriz.

AUTORES EXTRANJEROS

COMPENDIO DE PATOLOGÍA MÉDICA PARA ESTUDIANTES, *por Sir* John Conybeare y W. N. Mann. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 961 páginas, con 39 figuras y 42 láminas; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A. Barcelona, 1960.*

El «Compendio de Patología Médica», del profesor Conybeare, constituye una obra clásica entre los libros de texto de las Facultades inglesas, como lo prueban las doce ediciones que se han sucedido desde la iniciación de la obra en 1929. Esta versión que ahora se presenta en España ha sido correctamente realizada por el doctor Olarán Osorio de la última edición inglesa que, como señala el autor en el prólogo, ha sido sometida a importantes modificaciones en la redacción de algunos capítulos, con el fin de mantener la obra al día sin perder sus condiciones esenciales de concisión y claridad.

Para el estudiante supone un grave problema la adquisición de un texto de patología médica, pues la gran extensión de la mayoría de los existentes en el comercio representa un inconveniente por el precio de una obra en varios tomos y por las lógicas dificultades que supone para el estudio la amplitud con que se tratan los temas. Estos inconvenientes creemos que se han resuelto con la obra que comentamos, pues en un volumen inferior a 1.000 páginas condensa toda la patología médica sin perder nada de los datos fundamentales.

El contenido de la obra viene dividido en una serie de capítulos, adaptándose a las normas clásicas en este tipo de libros, que copiamos a continuación: Enfermedades infecciosas, tuberculosis, enfermedades venéreas, enfermedades tropicales, helmintiasis, enfermedades de la primera infancia, envenenamientos, intoxicaciones y enfermedades por agentes físicos, enfermedades del sistema endocrino, enfermedades del metabolismo, enfermedades de la sangre, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del sistema cardiovascular, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades renales, enfermedades del tejido conectivo, huesos y articulaciones, enfermedades del sistema nervioso, Medicina psicológica, enfermedades de la piel y un apéndice sobre disposiciones legales.

Como puede apreciarse, el estudio que se hace de la patología médica es completo; es más, incluso recoge en algunos capítulos cuestiones que, al menos entre nosotros, corresponden a materias diferentes, como las enfermedades de la primera infancia, las enfermedades de la piel, las psiquiátricas, etc.

La redacción de cada capítulo está recomendada a diversos especialistas, casi todos ellos miembros del Guy's Hospital o del Saint Mary's Hospital, a los que pertenecen los autores, y debemos decir en su elogio que a pesar de la diversidad de los que intervienen en la obra, ésta mantiene un carácter unitario y homogéneo que constituye una de sus mejores características.

Dentro de cada capítulo se ha buscado dar al estudiante una noción clara y concisa de las diferentes materias estudiadas, huyendo de las disgresiones y presentando el cuadro clínico, el diagnóstico y el tratamiento de las diferentes enfermedades atendiendo a lo esencial y prescindiendo de todo conocimiento que no vaya refrendado por la experiencia de los autores.

Se trata, en suma, de un libro muy bien elaborado que puede servir de texto a los estudiantes, a quienes va dedicado, pero que también es de utilidad para el médico, que encontrará en él una información completa y breve de cualquiera de los temas de patología médica.

La edición, como ya es habitual en la Editorial Labor, muy buena, siendo de suma utilidad las tablas que con los datos normales de sangre, orina, heces, céfalorraquídeo y tallas y pesos normales, figuran en las cubiertas interiores, facilitando su consulta.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

LA CLÍNICA DEL PRESENTE (*Un tratado siempre actual de Medicina práctica.*) *Obra dirigida por los profesores doctor* RUDOLF COBET, KURT GUTZEIT *y* HANS ERHARD BOCK, *con más de doscientos colaboradores. Tomo II (19 por 27 cm.), con 711 páginas, ilustradas con 188 figuras y 8 láminas en color; encuadernación desmontable en tela. Precio: 850 pesetas. Editorial Alhambra, S. A. Claudio Coello, 76. Madrid, 1959.*

LA aparición de un tomo de «La clínica del presente» es acontecimiento que merece destacarse, pues dentro de la bibliografía profesional es obra llamada a ocupar un puesto entre las primeras.

En este segundo tomo —como en el primero— colaboran destacados especialistas alemanes que se ocupan de las materias, que para mejor información reseñamos al final en veinticinco capítulos distintos. El sistema de encuadernación facilita que los diversos temas se ordenen según el personal criterio del lector.

Para muy poco serviría destacar de esta publicación unos u otros trabajos; todos son buenos, porque han sido escritos por colegas muy informados sobre los problemas en que se ocupan. Si agradan desigualmente no es por su diversa calidad intrínseca, sino por la peculiar afinidad, por unas u otras cuestiones, de quien leyere.

«La clínica del presente», a medida que va enriqueciendo su índice, es más recomendable porque es susceptible de continuo remozamiento. Sin embargo, cada vez que veo su cuidada encuadernación, calidad del papel, esmero en la impresión... temo no alcance la difusión que merece, pues esas selectas cualidades, que pudiéramos llamar ornamentales, han de traducirse en una elevación del precio que quizá la haga inasequible para muchos compañeros. Y sería una lástima que Editorial Alhambra hubiere de renunciar a la magnífica empresa de proporcionar al médico español el fruto, siempre en sazón, del pensamiento médico alemán.

Los veinticinco capítulos de este segundo tomo son los siguientes:

Difteria, profesor J. Stroder; *Trastornos en la irrigación sanguínea arterial de los miembros y de las extremidades,* profesor doctor G. Heidelmann; *Trastornos en la irrigación sanguínea arterial de los miembros y de las extremidades* (primer suplemento), por el doctor G. Heidelmann; *Diagnóstico y terapéutica de las malformaciones cardíacas y vasculares congénitas,* por el profesor J. Jacobi y el profesor M. Loeweneck; *Afecciones inflamatorias de las vías urinarias,* por el profesor C. E. Alken; *Leptospirosis,* por el profesor H. W. Koeppe; *Salmonelosis* (tifus, paratifus, enteritis), por el profesor H. W. Koeppe; *Tuberculosis en la infancia,* por el profesor J. Dieckhoff; *Afecciones del miocardio,* por el profesor W. H. Haus; *Lesiones producidas por la energía eléctrica,* por el profesor Ste. Jellinet; *Enfermedades de la lengua,* por el profesor E. Reichenbach; *Arterioesclerosis,* por el doctor priv. G. Schettler; *Escarlatina,* por el profesor J. Stroder; *Afecciones de las glándulas salivares,* por el profesor H. Mathis; *Parodontopatías,* por el profesor H. Mathis; *Distonías vegetativas,* por el profesor H. Hoff y por el doctor F. Krauland Steinbereithner; *Sulfonamidas y antibióticos,* por el profesor H. Denning; *Fonocardiografía,* por el Doz. Dr. Med. Habil. P. Scolmerich y el doctor J. G. Schilitter; *Enfermedades del recién nacido* (incluyendo la eritroblastosis fetal), por el Doz. Dr. Habil. J. Wolff; *Psicosis sintomáticas,* por el Dr. Med. Habil. H. J. Weitbrecht; *Enfermedades de la glándula tiroides,* por el profesor H. W. Bansi; *La importancia de los radioisótopos,* por el profesor D. Jahn; *Malformaciones y trastornos del sistema nervioso central,* por el profesor W. J. Eicke; *Diabetes,* por el profesor H. A. Heinsen; *Terapéutica oral de la diabetes* (primer suplemento de diabetes), por el profesor H. A. Heinsen.

Este tomo segundo se abre con un artículo biográfico muy sentido, en homenaje y recuerdo del doctor Kurt Gutzeit —fallecido en octubre de 1957, a consecuencia de un ataque cardíaco—, escrito por su compañero de dirección en «La clínica del presente», doctor R. Cobet, y con él continuador de la obra de los hermanos Klemperer, «La nueva clínica alemana».

Acompaña a este segundo tomo un índice alfabético de las materias comprendidas en los dos primeros publicados y que sólo tiene carácter provisional.—JESÚS SARDAÑA.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES EN PRATIQUE QUOTIDIENNE. (*Indicaciones terapéuticas en la práctica diaria*), *por* MAURICE PESTEL. *Un vol. (16'5 por 24'5 cm.) de 374 páginas; rústica. Precio: 32 francos N. Masson et Cie., Editeurs. 120 Boulevard Saint Germain. París, VI. 1960.*

EL desarrollo actual de la medicina, con el descubrimiento y aplicación de poderosas medicaciones, ha transformado radicalmente el pronóstico de muchas afecciones e incluso modificado completamente su naturaleza.

De este poder, que el médico dispone, debe éste conocer el alcance y, sobre todo, sus límites. Con objeto de precisar las fuentes de que dispone, para que siempre encajen en el cuadro de una terapéutica útil y segura, y con miras a ello, es como ha sido concebida esta obra.

En ella se presentan, en forma de relación alfabética, ciento catorce enfermedades corrientes, y las indicaciones terapéuticas de una práctica médica diaria. Pero no por eso es una recopilación de indicaciones. El estudio terapéutico de cada enfermedad se funda en la noción previa de una orientación diagnóstica que está revestida de los datos esenciales para cada eventualidad. De ello se deduce la conducta a seguir, y por eso las medicaciones a emplear surgen como lógica consecuencia de un examen bien conducido.

Así se encuentra, centrado en su verdadero lugar, el papel del médico general, que nunca ha sido tan necesario como en esta época de especialización intensiva. A la vez se revalorizan las prescripciones magistrales adaptadas a cada caso. Los breves recuerdos de fisiología y de farmacología que se citan no tienen otro objeto que aclarar las indicaciones, proporcionando, al mismo tiempo, la oportunidad de profundizar o de renovar estos conocimientos.

Se consigue así un método de trabajo y de examen, susceptible de conservar a esos actos tan diversos de la medicina de todos los días toda su dignidad y todo su valor.

Con una finalidad de claridad y de precisión, las especialidades farmacéuticas han sido designadas por sus denominaciones comerciales habituales, que vienen a ser parecidas en nuestras respectivas naciones.

La impresión y presentación de esta obra es la esmerada y habitual en esta empresa editora.—RICARDO HORNO LIRIA.

PRÉCIS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE HUMAINES, *por el profesor* Y. RAOUL. *Un vol. (16'5 por 21'5 cm.) de 380 páginas, con 318 figuras en negro y color y dos láminas; encuadernación en cartón flexible. Precio: 48 francos N. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París, VI. 1960.*

EL autor ha interpretado el programa a desarrollar como un curso de Fisiología basada en el mínimum de descripciones anatómicas precisas. Estas, incluso en ocasiones, han sido reemplazadas muy a menudo por un esquema simplificado, fácilmente reproductible por el estudiante.

La característica general de esta obra es la homogeneidad de todas sus partes, con objeto de no sacrificar aquellos capítulos en los que no haya habido tantos progresos recientes y que así quedan limitados al asunto fisiológico principal con sus reacciones más importantes, sin desbordar tampoco otros campos y enseñanzas.

Si se examina el contenido de las diversas partes, se encuentra, en primer lugar, una exposición del sistema nervioso, tan necesario para la comprensión de otros muchos capítulos cuya presentación queda de este modo aligerada. La fisiología de la neurona, la de los centros nerviosos, las sensaciones y la regulación nerviosa orgánica, constituyen las divisiones de esta parte inicial.

El aparato de sostén, esqueleto y musculatura se estudia con la perspectiva de las actuales ideas sobre la osificación y las ultraestructuras del músculo estriado.

La circulación y la sangre componen un capítulo de citología sanguínea, debido al profesor M. Piette, especializado en este campo.

El estudio de la respiración no queda limitado al aporte del oxígeno a la sangre, y en él un resumen sobre la respiración celular permite alcanzar una visión de conjunto de esta materia.

La digestión queda completada por una exposición muy sucinta de la nutrición, en donde, sin embargo, se encuentran las funciones fisiológicas de las vitaminas y la amplitud de sus necesidades en el hombre.

La formación de la orina y los principios de los tests del funcionamiento renal son descritos con vistas a la comprensión general de los numerosos exámenes bioquímicos practicados por el laboratorio de análisis.

Finalmente, las secreciones internas y la reproducción que con tanta frecuencia hacen referencia a aquellas, completan los aspectos fisiológicos generales de las funciones importantes.

Un cuidadoso índice alfabético permite la rápida consulta de la obra, a manera de un pequeño diccionario de fisiología elemental.

En resumen, es una obra útil para iniciación y bien orientada.—RICARDO HORNO LIRIA.

THYROIDE ET EXPLORATION THIROYDIENNE. MEDULLOSUPRARRENAL. *Recopilación por* A. SOULAIRAD. *Un vol. (16'5 por 25 cm.) de 420 páginas, con 129 figuras y una lámina en color; encuadernación en tela. Masson et Cie. 120, Boulevard Saint Germain. París, VI. 1960.*

SE recogen en este volumen, magníficamente editado por las casas Masson y G. Doin, las comunicaciones presentadas a la quinta

reunión de los endocrinólogos de lengua francesa, que tuvo lugar en París en junio de 1959.

Merece la pena destacar que entre la serie de trabajos presentados, uno de los más interesantes corresponde al endocrinólogo español Cañadell, siendo ésta la única comunicación presentada por autor no francés. Se trata de un interesante trabajo de experimentación clínica y en diversos animales, con el fin de aclarar el problema de la exoftalmía maligna y su relación con la secreción de tireoestimulina hipofisaria. Se recogen una serie de experiencias realizadas en el Hamster y en un pez, el *Carassius auratus*, en los que produce exoftalmía por la administración de preparados de hipófisis con actividad tirotropa y adrenocorticotropa, así como con la administración de tirotropina y hormonas suprarrenales, pero no mediante la administración aislada de tirotropina hipofisaria.

Después de revisar las situaciones clínicas que cursan con exoftalmía y su respuesta a los diversos tratamientos, llega a la conclusión de que la protrusión ocular depende de la acción de la tirotrofina hipofisaria, potenciada por los corticoides suprarrenales.

Los otros trabajos presentados a la reunión fueron especialmente dedicados también a la patología tiroidea o medulosuprarrenal, como el de Roche y Michel sobre la bioquímica de las hormonas tiroideas, el de Vanotti sobre el papel del hígado en la regulación periférica de la función tiroidea, el de Decourt sobre la exploración dinámica de la función tiroidea en la clínica, con un interesante resumen de las pruebas más útiles basadas especialmente en la fijación del yodo radiactivo.

Son muy interesantes las comunicaciones de Lederer y López Pinto, acerca de la influencia del tiroides en el metabolismo del calcio y las manifestaciones óseas en el hipertiroidismo, y la de Malhaux, referente a las enfermedades por autoinmunización antitiroidea, problema que hoy se encuentra en plena elaboración.

En la parte dedicada a la medula suprarrenal, es fundamental la comunicación de Picard, sobre la histofisiología de la medulosuprarrenal, y la de Malmejac, sobre los conceptos actuales de la actividad suprarrenal.

Un interés más limitado, desde el punto de vista práctico, presentan las tres comunicaciones sobre problemas que plantea el diagnóstico y tratamiento de los feocromocitomas, enfermedad que en España es extraordinariamente rara.

Mención aparte merece el profesor Soulairac, por su importante comunicación acerca de la actividad de la adrenalina en la regulación del sistema nervioso central y por su interés al conseguir ver reunidos en un volumen todas las comunicaciones presentadas a la reunión, que constituyen un libro que interesa a todo el que se preocupe por los problemas actuales de la endocrinología.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ERITROENZIMOPATIE ED ANEMIE EMOLITICHE (*Eritroenzimopatías y anemias hemolíticas*), *por el doctor* UGO CARCASSI. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 376 páginas, papel couché. Precio: 3.000 liras. Ed. Omnia Médica. Pisa, 1959.*

DURANTE mucho tiempo se creyó que los hematíes eran células de escasa actividad metabólica, cuya función se limitaba a un transporte pasivo de la hemoglobina, que a su vez era la encargada de los intercambios y transporte de oxígeno y carbónico. Los estudios bioquímicos llevados a cabo en estos últimos años han permitido profundizar nuestro conocimiento de la fisiología de los hematíes, conocer su composición y asimismo algunas de las alteraciones metabólicas que padecen y que van a ser responsables de la aparición de diversos tipos de alteración en su estructura y su función.

Los hematíes son células muy asequibles y, por tanto, no es de extrañar que haya sido en ellos donde se haya centrado especialmente el estudio de la ezimología celular. Hoy día se conoce mejor la composición del hematíe, los diversos sistemas enzimáticos que lo integran y, naturalmente, se tiene una idea más real y menos simplista de su verdadera fisiología y función.

Todos estos datos son recogidos en la presente monografía, de verdadero interés, en la que se revisan los trabajos de diversos autores sobre el tema, y en que el autor aporta su propia experiencia, en la que cristalizan más de diez años de investigaciones sobre la composición y funciones de membrana eritrocitaria, de la que depende fundamentalmente la especificidad inmunológica del hematíe, la permeabilidad selectiva a determinados compuestos químicos y el mantenimiento de un adecuado gradiente de concentración que facilite los intercambios que tienen lugar a su través. Se estudia también la composición enzimática del estroma del hematíe, habiéndose comprobado la existencia de fermentos correspondientes al metabolismo de los hidratos de carbono, que siguen una vía anaerobia distinta del ciclo de Krebs, normal en otras células, así como fermentos del metabolismo protéico. Particular importancia tienen en el hematíe los procesos de oxidación, reducción y especialmente el metabolismo del glutation.

La segunda parte se dedica al estudio de las modificaciones patológicas del contenido lipídico de la membrana del hematíe, que parecen ser las responsables de la hemoglobinuria paroxística nocturna, cuadro que es estudiado a fondo por el autor. Por último, en la última parte, se estudian una serie de procesos caracterizados en su génesis por una alteración en el metabolismo de los carbohidratos en el hematíe por defecto enzimático, y en su curso por la aparición de diversos tipos de anemia hemolítica.

Creemos que se trata de un trabajo interesante, de mucha actualidad, que viene a ampliar el interés que siempre despiertan los temas de hematología.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

INDICE MERCK, VII EDICIÓN. *Un volumen en 4.º menor, de más de 1.600 páginas; encuadernado en cartón revestido de plástico. Precio: 12 dólares. Editores: Merck, C.º Inc. Departamento de publicaciones. Rahway, New Jersey, EE. UU., 1960.*

LA nueva edición del Indice Merck, enciclopedia de substancias químicas y drogas, saldrá a la luz en este mes, anuncia hoy Merck & Co., Inc., de Hahway, Nueva Jersey.

Será ésta la séptima edición del Indice, obra de referencia, de amplio alcance, que fue publicada por primera vez en 1889. Tiene nuevas tablas grandemente ampliadas y detalles nuevos, tales como un índice separado en que se hace referencia a nombres y tópicos, según el número de la página, e importantes datos nuevos sobre toxicidad.

La publicación de la obra, en inglés, la hace la casa farmacéutica y manufacturera de drogas como servicio a la profesión, a base no lucrativa, para beneficio de químicos, farmacéuticos, médicos, médicos veterinarios, biólogos, botánicos, físicos, ingenieros químicos, profesores y estudiantes, así como de todos aquellos que en alguna forma se interesen en cuestiones de drogas y compuestos químicos.

Como el Indice está al corriente de lo más nuevo y al tenor de nuestros días, en el apéndice se incluyen nuevas tablas, como, por ejemplo, el alfabeto ruso, las calorías de los alimentos, las soluciones isotónicas, las unidades biológicas. De acuerdo con los conceptos más nuevos en cuestión de ciencias nucleares se ha arreglado una tabla periódica que está al día.

La sexta edición, publicada a principios de 1952, contenía 7.463 monografías y 2.028 fórmulas estructurales en 1.167 páginas. La séptima edición, en formato un poco mayor, pero manejable, tendrá más de 1.600 páginas, casi 10.000 monografías y 3.400 fórmulas estructurales.

Una de las características sobresalientes del Indice Merck es que no importa por qué término conozca el lector una substancia química, genérica o de marca, pues con el índice de referencias encontrará la descripción correcta, por nombre y página.

Las monografías sobre tópicos químicos aparecidas en la sexta edición las escribió el editor, Paul G. Stecher, y las reseñas favorables que merecieron fueron muchas. Es de esperar que el nuevo Indice sea igualmente acogido por ese concepto, pues nuevamente el editor se encargó de la redacción de estas monografías.

En comparación con las ediciones anteriores, la séptima está considerada como notablemente completa y muy mejorada. La impresión tipográfica es sumamente legible y la encuadernación es en cartón de buena calidad cubierto con forro plástico. El material que contiene ofrece, en orden alfabético, casi todas las drogas y substancias químicas, así como las substancias botánicas que puedan figurar en el ejercicio de la química o la farmacia. Por otra parte, el volumen contendrá muchos datos útiles para el técnico y el investigador científico.

Todas las substancias que han sido incorporadas al Indice desempeñan un papel en los procesos biológicos o son de importancia técnica o terapéutica. Las referencias a los usos en medicina y veterinaria han sido ampliadas en cuanto a las drogas; la información enciclopédica comprende estructuras y propiedades físicas, pesos moleculares, fórmulas empíricas, composición a base de porcentaje, fuentes y referencias bibliográficas.

Como la nueva edición comprende los grandes adelantos científicos de los últimos ocho años, es esperada con interés, según se refleja en las peticiones anticipadas que han recibido los editores. La sexta edición apareció en 1952 y se vendieron 100.000 ejemplares, hasta quedar agotada. Como el anterior, el nuevo Indice estará disponible en las librerías técnicas o por solicitud a los editores, Merck & Co. Inc., Departamento de Publicaciones, Rahway, Nueva Jersey, Estados Unidos, y el precio es de 12 dólares cada ejemplar.

La publicación del Indice, el Manual Merck de Diagnosis y Terapia, y el Manual Merck de Veterinaria, ha venido a ser un servicio tradicional que rinde la casa Merck a las profesiones desde hace más de medio siglo. En el transcurso de ese período de tiempo estas publicaciones se han hecho acreedoras a reconocimiento internacional, con fuentes de información dignas de confianza.—A.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960
REVISTAS

NACIONALES

APARATO CIRCULATORIO

GIBERT QUERALTÓ, J.; CASELLAS BERNART, A., y SÁDABO-PARDO, P.—«LA PERICARDITIS REUMÁTICA Y SU EVOLUCIÓN CON EL TRATAMIENTO ANTIESTREPTOCÓCICO.» «*Arch. Esp. Med. Int.*», *V, 6, 321, 1959.*

ESTABLECEN los autores la comparación entre la evolución seguida en dos grupos de enfermos de pericarditis reumática, en relación con la administración de antibióticos. Trece enfermos anteriores a la era antibiótica y siete que pudieron ser tratados con antibióticos.

Tanto la duración del brote de la enfermedad como los signos de insuficiencia cardíaca fueron evidentemente inferiores en los enfermos tratados con antibióticos (penicilina), no teniendo que lamentar ningún fallecimiento en este grupo, frente a tres que hubo en el grupo no tratado. Asimismo los casos con cardiomegalia o con lesiones valvulares fueron menos graves en el primer grupo.

Consideran los autores de mucho interés la valoración y estudio seriado del título antiestreptolisínico como pauta de la actividad de la enfermedad y orientación en el tratamiento.

Recomiendan la administración diaria de penicilina hasta normalizar el título antiestreptolisínico, continuando después con la administración discontinua como tratamiento profiláctico de nuevos brotes.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

NOLLA PANADÉS, J.; BALAGUER VINTRÓ, I.; TRILLA SÁNCHEZ, A.—«LOS SIGNOS AUSCULTATIVOS Y FONOCARDIOGRÁFICOS DE LA ESTENOSIS MITRAL CON HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA.» «*Arch. Espa. Med. Int*», *V, 6, 365, 1959.*

REVISAN los autores los protocolos clínicos y fonocardiográficos de veinte casos de estenosis mitral con hipertensión pulmonar grave, con el fin de recoger las modificaciones de los signos auscultativos de la mitral cuando se acompaña la estenosis de hipertensión pulmonar grave, así como para señalar los datos característicos de la hipertensión pulmonar por sí sola.

Comprueban que en todos los casos está alargado el intervalo Q-primer tono, estando en trece casos acortado el espacio segundo tono-chasquido de apertura. Estos datos indican que se trata de estenosis mitrales graves, con área valvular inferior a un centímetro cuadrado. No encontró ninguna relación entre las presiones en la arteria pulmonar y los intervalos antes señalados.

Los signos auscultatorios de la estenosis mitral en los casos de hipertensión pulmonar grave pueden estar apagados o con frecuencia ausentes. Se debe esto a que el gran crecimiento del ventrículo derecho desplaza hacia atrás el pequeño ventrículo izquierdo y el foco mitral se aleja de la pared torácica.

Los signos de hipertensión pulmonar por orden de frecuencia, son: Refuerzo del componente pulmonar del segundo ruido, soplo holisistólico de insuficiencia tricúspide, soplo sistólico de eyección pulmonar, soplo diastólico de insuficiencia pulmonar, chasquido sistólico de eyección pulmonar.

Todos estos datos dependen de la dilatación de la arteria pulmonar y del aumento de la presión en la misma, lo cual conduce a la sobrecarga del ventrículo derecho y a la aparición de la insuficiencia tricúspide.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

MEDICINA

CALLIS, Luis M.ª (Barcelona).—«LA VACUNA ANTIVARIÓLICA.» «*Rev. de Sanidad e Higiene Pública*», *núms. 11-21, págs. 526-547, noviembre-diciembre 1959, Madrid.*

RESUMIENDO este artículo, el autor aconseja: Vacunar a los lactantes a partir del quinto mes y antes de los doce meses de vida.

Emplear una linfa de garantía, preferible linfa de ternera glicerinada o vacuna neurotropa. Aplicar la vacuna en el brazo derecho.

Limpiar la región a vacunar con agua jabonosa y a continuación éter o acetona. Dejar secar totalmente la piel. La lanceta flameada, bien seca y enfriada.

Emplear la técnica de escarificación, multipunturas o de la vírgula. Aplicar la linfa con la misma lanceta. Aplicar, pasados unos momentos, apósito seco.

Vigilar la escarificación a partir del sexto u octavo día.

Tratar la reacción general, si se presenta, con antipiréticos (piramidón o aspirina). No admitir como contingencia corriente las reacciones nulas. En estos casos cambiar de linfa, emplear una técnica correcta e insistir varias veces.

Aplazar la vacunación en casos de enfermedades, por leves que sean, en dermatosis y eczemas.

Excluir definitivamente en casos de taras nerviosas.

Revacunar cada seis años. En caso de peligro de epidemia, cada tres años.

En España, y por el presente, el peligro de la encefalitis postvacunal es prácticamente nulo; ello nos da cierto margen de libertad sobre edad a vacunar y revacunar.

Los mayores de cincuenta años o personas con más de diez años sin haber sufrido una revacunación deben considerarse como primovacunas.—AUTORRESUMEN.

CANCEROLOGÍA

PERIANES CARRO, J.,; PELÁEZ CUETO, J. L., y ALONSO VIVANCOS, G.—«CÁNCER DE TIROIDES POR IRRADIACIÓN EN LA INFANCIA.» «*Rev. Clín. Esp.*», *75, 4, 259, 1959.*

SE trata de una nota clínica sobre un caso de cáncer de tiroides, en cuya aparición ha tenido un factor desencadenante la existencia previa de una aplicación de radioterapia en la región anterior del cuello. Con este motivo realizan una revisión de la literatura, señalando que son muchas las observaciones de niños a quienes la radioterapia del cuello, con motivo de hiperplasia tímica, o de tratamiento de quistes o tumores congénitos de cuello, ha provocado en el plazo de pocos años la aparición de un carcinoma de tiroides.

El mecanismo podría ser a través de una inhibición funcional tiroidea por la radioterapia, como consecuencia de un aumento de la actividad tirotropa hipofisaria y a consecuencia de ella la degeneración carcinomatosa de un adenoma preexistente.

Son ya muchos los casos de cáncer de tiroides descritos en niños sometidos a radioterapia previa en el cuello, y por ello merece la pena insistir en que en ningún caso debe irradiarse el cuello en los niños.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

DERMATOLOGÍA

GONZÁLEZ MEDINA, R., con la colaboración del doctor E. ALCALÁ y D. R. GONZÁLEZ FONTANA.—«CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA SARCOMATOSIS IDIOPÁTICA PIGMENTARIA HEMORRÁGICA DE KAPOSI.» «*Actas dermo-sifiliográficas*», *año L, núm. 5, página 315-320, junio-julio 1959. Madrid.*

LA etiopatogenia del sarcoma múltiple hemorrágico idiopático de Kaposi es hoy día desconocida, pero una serie de hechos nos vienen a demostrar que no es una afección puramente dérmica, sino que las lesiones son, en algunos momentos de su evolución, generalizadas en los órganos internos, y así se han observado nódulos en parénquimas, tales como el corazón y pericardio, órganos digestivos, glándulas mesentéricas y retroperitoneales, e incluso en pleno tejido óseo. Estas lesiones internas más parecen ser la generación del mismo proceso, concomitantes con las aparecidas en la piel, que verdaderas metástasis de estas últimas lesiones.

Por todo ello hay que convenir que se trata de una alteración más o menos general del tejido mesenquimatoso con predominio capilar, habiendo autor que ha hablado de una disgenesia hemovascular. Y pensando que el bloque subtalámico-hipofisario interviene en el desarrollo corporal y en la posible existencia de un centro eutrófico para regularizar y armonizar todas las circunstancias morfogenéticas de medida o forma, tiempo y lugar de órganos y tejidos, y que en la involución del organismo la aparición de malformaciones somáticas no son infrecuentes, ya que aparecen telangiectasias y nevus pigmentarios. ¿Sería muy aventurado el apuntar sobre dicho bloque subtalámico-hipofisario, y por alguna alteración orgánicofuncional de dicho complejo endocrino, el *primus movens* del proceso que nos ocupa?

Para que todo esto pudiera tener una sustentación firme, no se les escapa que haría falta una serie de pruebas anatómicas, funcionales e incluso terapéuticas que corroboraran estos hechos.

Con esta orientación se le practicó al enfermo una radiografía de cráneo en la que aparece un ensanchamiento del espacio basilar de la silla turca, con destrucción incompleta del cuerno clinoideo anterior como consecuencia de un aumento del tamaño de la glándula hipofisaria. Pero, en cambio, el test de Thorn fue completamente normal.

Ya sabemos que sería pretencioso querer sacar conclusiones de un solo caso, pero creen justificadas estas notas para despertar el interés de quienes las acojan, si se cree que merece la pena, y se pueden investigar

en este sentido para buscar una explicación etiopatogénica a un proceso que, hoy por hoy, es desconocido. FELIPE VARA SANTOS.

PEREIRO MIGUENS, Manuel. — «ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS MÉTODOS DE CONSERVACIÓN DE CULTIVOS DE HONGOS.» «*Actas dermo-sifiliográficas*», *año L, núm. 5, página 347-351, junio-julio 1959, Madrid.*

DESPUÉS de haber ensayado diversas técnicas para la conservación de los cultivos durante un largo período de años, ha logrado resultados mucho más eficaces siguiendo el procedimiento propuesto por Negroni, de desecación al vacío fosfórico. Todos los tubos que ha resembrado de esta última procedencia han desarrollado con aspecto macro y micromorfológico normal, excepto el M. canis, después de un período de nueve años.—FELIPE VARA SANTOS.

VILANOVA, X., y MASCARÓ, J. M.—«PIGMENTACIONES GRISAZULADAS CUTÁNEOMUCOSAS EN ENFERMOS TRATADOS CON ANTIPALÚDICOS DE SÍNTESIS.» «*Actas dermo-sifiliográficas*», *año L, núm. 5, pág. 309-312, junio-julio 1959, Madrid.*

SE reseñan cinco casos de pigmentaciones mucosas en enfermos de eritematodes crónico tratados con cloroquina. Estas pigmentaciones, que son por acúmulo de melanina y hemosiderina en la dermis superficial y media, se producen por mecanismo desconocido y son de pronóstico benigno, no contraindicando la administración del fármaco.

Desaparecen en unos meses al dejar la terapéutica, y su interés estriba en la posibilidad de confundirlas con otra afección o creer en la necesidad de interrumpir el tratamiento.—FELIPE VARA SANTOS.

DAUDEN SALA, C.—«VIRAJE DE LA LEPROREACCIÓN POR LA B. C. G. DESPUÉS DE FRACASADOS OTROS MEDIOS.» «*Actas dermo-sifiliográficas*», *año L, núm. 5, págs. 340-346, junio-julio 1959, Madrid.*

PARA valorar la influencia exclusiva de la B. C. G. en el viraje de la leprominorreacción, el autor agota primero todos los procedimientos que pudieran influir en esta mutación, y ordenadamente va eliminando de la observación a todos los niños que su lepromina se va positivizando, por los distintos medios de retestificación, vacunas asociadas (difteria, tos ferina, tétanos), proteínas inespecíficas, etc.

Los que continúan con leprominorreacción negativa empleó la B. C. G. previa exploración, tuberculínica y lepromínica.

Utiliza la B. C. G. intradérmica, 0'1 c. c., alcanzando, a los dos meses y medio, un 55'1 por 100 de positividades, y continuando a los quince meses un 59'9 por 100.

Coincide que a los nueve niños que continúan negativos, tienen también la tuberculina negativa.—FELIPE VARA SANTOS.

CARDIOLOGÍA

SORRIBES-SANTAMARÍA. — «LOS VÓMITOS ACETONÉMICOS DE ALGUNOS CARDIOPATAS EN INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA: SU IMPORTANCIA EN LA TERAPÉUTICA CARDIOTÓNICA.» «*Medicina Clínica*», *núm. 1, tomo XXV, 1955. Barcelona.*

DENTRO de la clínica del cardiópata nos encontramos con frecuencia, al seguir un tratamiento digitálico, síntomas dispépticos fácilmente atribuibles a intolerancia o sobredosificación medicamentosa y que obligan a interrumpir el tratamiento. En estos casos, no pensamos en la posibilidad de la aparición de un síndrome acetonémico, leve, según la acepción de v. Noorden, es decir, con acetona positiva y diacético y b-hidroxibutírico negativos.

El autor nos recuerda esta posibilidad, muy a tener en cuenta en ciertos tipos de cardiópatas. Señala su frecuente aparición en enfermos con insuficiencia cardíaca de bajo rendimiento, de tipo miocárdico, como consecuencia de un trastorno hemodinámico, la mayor parte de las veces por enfermedad mitral con arritmia completa, con hepatomegalia por estasis, con antecedentes descompensatorios repetidos y en asistolia difícilmente reductible. Además son enfermos muy desnutridos, con alimentación restringida por la terapéutica o por la dispepsia y las molestias de la misma insuficiencia.

En los casos estudiados se descartan, en el origen de estas acetonemias, los vómitos más o menos repetidos, ya que la observación de los enfermos ha demostrado, en el curso de descomposiciones posteriores, que las crisis acetonémicas han ido precedidas por la presencia de acetona en orina.

El autor hace un somero estudio fisiopatogénico del síndrome acetonémico en los cardíacos, centrando, como más importante, el trastorno metabólico.

En toda insuficiencia cardíaca en que aparezcan vómitos repetidos, se han de investigar cuerpos cetónicos en orina para descartar el síndrome acetonémico. A este respecto el autor presenta cuatro casos clínicamente muy sugestivos.

Concluye que un tratamiento antiacetonémico compatible con la insuficiencia cardíaca permite continuar la terapéutica digitálica.—F. BASALLO REINA.

EXTRANJERAS

APARATO DIGESTIVO

BEGUIRISTAIN, M., y GARDA, E. A.—«LA ALIMENTACIÓN EN LAS ENFERMEDADES GÁSTRICAS.» «*La Semana Médica. Cátedra de postgraduados*», *págs. 133-139, t. 115 (Apéndice), núm. 6, 20 mayo 1959, y páginas 199-207, núm. 8, 10 junio 1959, Buenos Aires.*

PRIMERO exponen unas nociones fisiológicas y la acción de los alimentos en relación con las distintas funciones gástricas.

Después estudian los distintos alimentos: Leche: sola, con té, con crema, con huevos, con cocimientos de cereales. Carnes: hervida, asada a la parrilla, en croquetas, budín, soufflé, puré. Pescado: hervido, a la parrilla, puré, budín, soufflé, croquetas. Verduras: cocidas al vapor, bajo presión, en puré, crema de verduras, budín, soufflé. Huevos: crudo, cocido blando o duro, poché, escalfado. Frutas: puré de frutas cocidas, compota poco azucarada, jugo anulando la acción de los ácidos por el agregado de un alimento proteico o graso, frescas bien maduras. Cereales: en caldo y en forma de harina fina o gruesa. Pastas sin relleno (fideos).

Estudian luego las características comunes de los regímenes blandos gástricos, la dieta en los distintos síndromes gástricos, en la úlcera gastroduodenal y en las hemorragias gastroduodenales.—J. RIVERA.

CIRUGÍA

PIGNINELA, J. A. (Montevideo).—«LA OPERACIÓN DE NOBLE (EL PROBLEMA DE LAS ADHERENCIAS PERITONEALES).» «*An. de la Facultad de Medicina de Montevideo*», *vol. 40, núm. 3-4, págs. 109-132, marzo-abril 1955, Montevideo.*

LA operación de Noble aparece en el estado actual de nuestros conocimientos como un medio excelente de manejar el problema de los trastornos serios originados por las adherencias consecutivas a cualquier agresión peritoneal. Frente al fracaso —salvo contadas excepciones— de todos los procedimientos médicos y quirúrgicos para evitar su formación, la idea directriz del método es guiar lo que no se puede impedir de producirse buscando la formación de adherencias ordenadas, controladas e inofensivas en lugar de adherencias anárquicas, incontrolables, generadoras de trastornos de variable intensidad y gravedad.

Aun cuando se necesita una mayor experiencia en cuanto al número de enfermos operados y al tiempo de observación postoperatoria, todo lleva a pensar que el procedimiento es singularmente útil cuando está bien indicado. Aplicado inicialmentea a las obstrucciones crónicas recidivantes por adherencias donde sus resultados han sido excelentes, sus indicaciones se han ido extendiendo a casos agudos y a enfermos en los que es dable esperar al final de una intervención abdominal, por la presencia de amplias áreas de delgado denudado, la ulterior producción de adherencias.

Creemos que el intestino debe ser plegado preferentemente cuando los accidentes agudos han pasado. Si se opera en agudo, la distensión debe estar controlada antes de iniciar el Noble; la ejecución es aquí riesgosa y las complicaciones postoperatorias parecen más frecuentes. Del punto de vista de los resultados se hace necesario, en nuestra opinión, separar los casos oeprados en agudo de aquellos en los que el Noble ha sido realizado cuando el período agudo ha pasado.

Pasamos en revista la técnica haciendo énfasis en algunos detalles que consideramos fundamentales y cuya inobservancia puede gravitar seriamente en los resultados. Entre los distintos puntos de técnica analizados creemos que se debe hacer énfasis en todo lo que se refiere a la sutura: topografía, extensión, continuidad de la misma, ángulos de los pliegues, material usado. Antes de iniciarla, la liberación debe ser completa, y una vez terminada toda superficie denudada, por pequeña que sea, debe estar cubierta. Los cirujanos que tienen más experiencia en el Noble consideran que la mayoría de los fracasos deben imputarse a errores de técnica. Operación larga, shockante y a menudo tediosa debe ser emprendida en enfermos bien preparados, previamente intubados, bajo anestesia perfecta y disponiendo de todos los medios actuales de soporte y reanimación.

Se presentan tres casos, dos de plegados totales en enfermos con accidentes obstructivos a repetición por adherencias postoperatorias, que están perfectamente bien libre de todo sufrimiento, veintidós y seis meses, respectivamente, después de la intervención. En el segundo caso se han hecho dos plegados parciales —íleon terminal y yeyuno alto— después de liberación y resección de dos zonas estenosadas; el examen anatomopatológico ha evidenciado la naturaleza tuberculosa de las estrecheces intestinales. Lleva ocho meses de operado y está perfectamente bien.—AUTORRESUMEN.

HEMATOLOGÍA

RAYNARD, R.; BROCHIER, M., y TADEI, A.— «LAS HIPERCOAGULABILIDADES EN EL CURSO DE LOS TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES.» (*Les hypercoagulabilites au cours des traitements anticoagulants.*) «*La Presse Médicale*», *núm. 47, octubre 1959. París.*

SI bien las hemorragias constituyen para la mayoría de los autores el principal accidente en el curso de un tratamiento anticoagulante, son los accidentes trombóticos tanto más frecuentes y graves.

Dividen en tres grupos las hipercoagulabilidades que se pueden presentar: hipercoagulabilidades resistentes, hipercoagulabilidades desencadenadas e hipercoagulabilidades disociadas, controlando todas ellas al realizar su estudio mediante el tromboelastinograma (T. E. G.), que constituye para ellos la prueba más segura.

Hipercoagulabilidades resistentes, unas veces a la heparina y otras a los derivados del dicumarol, que los autores consideran como una consecuencia de una hipertromboplastinemia e hiperplaquetosis funcional; necesitando para su tratamiento un aumento de la dosis o una asociación de la heparina a las cumarinas.

Hipercoagulabilidades desencadenadas por los anticoagulantes, que pueden estudiarse en dos apartados:

a) Desencadenadas por un tratamiento mal conducido; por heparina intravenosa a partir de la cuarta hora o, si es en un gota a gota, porque haya un paro temporal del mismo; por el cambio de la heparina por las cumarinas si no se tiene la precaución de comenzar a administrar estos preparados antes de suspender la heparina; por el uso de una gran dosis inicial al comenzar un tratamiento con dicumarinas y, finalmente, al suprimir bruscamente un tratamiento anticoagulante.

b) Desencadenadas a pesar de un tratamiento bien conducido, casi referido únicamente al caso de los tratamientos con dicumarinas, que incluso pueden llegar a contrarrestar la acción anticoagulante de la heparina.

Hipercoagulabilidades disociadas en el curso de los tratamientos anticoagulantes, dependientes, unas veces, de una hipercoagulabilidad relativa y otras de una hipercoagulabilidad global, demostrable únicamente por medio del T. E. G., capaz de dar cuenta de la mecánica del coágulo y de la existencia de hiperplaquetosis funcionales.—GARCÍA LEJARRETA.

PATOLOGÍA GENERAL

RAY, C. A.,—«RIESGO DE LA PRODUCCIÓN DE UN TERCER ESPACIO POR LA INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE SOLUCIÓN DE GLUCOSA ISOTÓNICA.» «*La Semana Médica*», *pág. 1.128-1.130, tomo 113, núm. 25, diciembre 1958. Buenos Aires.*

DICEN los autores que en condiciones patológicas puede formarse un nuevo espacio en el organismo, sin intercambio funcional con los otros compartimentos, de modo que en él quedan secuestrados agua y electrolitos. Este nuevo sector, excluído de la economía hidroiónica, se denomina tercer espacio, para diferenciarlo de los dos existentes en condiciones normales. El agua y electrolitos que contribuyen a formarlo, son provistos por los dos compartimentos normales, que sufren así un empobrecimiento en sus constituyentes de igual valor a los flúidos confinados. El resultado es equivalente a la pérdida de los mismos hacia el exterior.

Clínicamente debe sospecharse la existencia de un tercer espacio, frente a las siguientes comprobaciones:

1.º Signos de deplección aguda de agua y especialmente de sodio, lo que se traduce por las manifestaciones de la insuficiencia circulatoria periférica (shock).

2.º Ausencia de pérdidas extracorpóreas que justifiquen el cuadro.

3.º Peso corporal conservado.

A continuación relatan un caso demostrativo.

Concluyen considerando que los laboratorios que fabrican suero glucosado isotónico deberían poner en rojo en la etiqueta: «No debe usarse por vía subcutánea», a fin de evitar trastornos hidroeléctricos a veces mortales.—J. RIVERA.

MULLARGIA, A., y PEDRAZZI, F.—«LA INFLUENCIA DIETÉTICA DE LA LISINA EN ALGUNAS FORMAS MORBOSAS.» (*L'imfluenza dietetica della lisina in alcune forme morbose.*» «*Arch. di Pat. Clin. Med.*», *36, 6, 1959. Bologna.*

RECIENTEMENTE los investigadores americanos han intentado integrar en la alimentación proteínas vegetales, pero encontrando el inconveniente de que algunos aminoácidos, como la lisina, eran administrados en insuficiente cantidad, y en los casos en que se añade lisina libre a la dieta, ésta dificulta la absorción de otros aminoácidos indispensables.

Los autores de este trabajo presentan su experiencia de un preparado de lisina, de absorción retardada, que permite que sea asimilado simultáneamente con los productos de la digestión.

Llevan a cabo un control clínico y de laboratorio basados en el estudio del espectro protéico y en la investigación mediante cromatografía circular en papel de los aminoácidos del suero, en veintiséis enfermos de diversos tipos que son sometidos a la acción del preparado de lisina.

Comprueban un comportamiento curioso de la histidina, que normalmente desaparece después de la sobrecarga protéica, mientras que en los casos en que se administra lisina el nivel de histidina se mantiene normal, tal vez debido a que la lisina, al establecer un nuevo equilibrio entre los diferentes aminoácidos, reduce la combinación de histidina con los otros aminoácidos.

Concluyen los autores que la administración de lisina es eficaz en diversos procesos patológicos, mejorando la utilización de las proteínas de origen vegetal añadidas a la dieta. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

REHABILITACIÓN

GAUTHIER, POULIZAC y LARGUEZE (Nancy).—«LA VUELTA AL TRABAJO DE LOS DISMINUÍDOS.» (*Le retour au travail des handicapes.*) «*Readaptación*», *núm. 63, páginas 9-15, septiembre-octubre 1959. París.*

SE hace una revisión crítica del funcionamiento de las organizaciones francesas que se ocupan de la recuperación, readaptación y vuelta al trabajo de los disminuídos.

Tras esta revisión queda dibujado el nuevo riesgo de la ineptitud, cuya creación se estima necesaria para el perfeccionamiento de la readaptación de los disminuídos y subsiguiente recolocación.—SERAL.

HAIM (París).—«LUGAR DE LA DISLEXIA EN LA PERSONALIDAD.» (*Place de la dislexie dans la personalite.*) «*Readaptation*», *núm. 58, págs. 8-12, marzo 1959. París.*

SE estudian los factores que influencian y perturban el lenguaje, clasificándolos convenientemente. Después se agrupan los individuos que presentan un trastorno en el lenguaje según el punto de partida del transtorno (déficit instrumental, intelectual, afectivo) y se estudian las medidas terapéuticas más convenientes.

Como conclusión, desde el punto de vista de la rehabilitación, se señala la necesidad de hacer un balance completo previo y la terapia en colaboración con el reeducador.—SERAL.

GRIMALDI, E. (Legnano).—«EL SERVICIO PSICOLÓGICO EN LA REHABILITACIÓN AL TRABAJO DE LOS DISMINUÍDOS.» (*Il servizio psicologico nella riabilitazione al lavoro dei minorati.*) «*La Rieducazione del motuleso*», *págs. 18-24, febrero-marzo 1959. Legnano.*

LAS repercusiones psíquicas y morales después de los traumatismos de grande y media importancia son bien evidentes. Esta importancia es puesta de relieve en este trabajo.

Indudablemente, en la rehabilitación, no se trata tan sólo de restituir a los disminuídos a su familia y al trabajo, sino de recuperar'os también para sí mismos, curando las repercusiones psíquicas del traumatismo.—SERAL.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

RUPE, C. E., y NICKEL, S. N.—«NUEVO CONCEPTO CLÍNICO DEL LUPUS ERITEMATOSO.» (*New clinical concept of sistemic lupus erithematosus.*) «*J. A. M. A.*», *171, 8, 1.055, 1959.*

LA creciente introducción en la clínica de la investigación del fenómeno L. E., ha extendido el conocimiento sobre el lupus eritematoso y ha permitido comprobar que su curso es más largo y a veces más benigno de lo que se suponía. Se pueden dividir los casos en tres grupos fundamentales: crónico, intermitente y agudo.

Los autores han revisado una estadística de cien casos de lupus eritematoso comprobados por el fenómeno L. E., por biopsia o por necropsia, con el fin de analizar la relación existente entre los diversos síntomas y localizaciones con la gravedad del proceso.

En general, la enfermedad es más grave en la mujer que en el hombre. En ésta se

encuentran casos con una evolución espontánea de hasta diez años de duración; el pronóstico en un caso determinado puede hacerse teniendo en cuenta el sexo y el órgano afectado.

En esta serie, el peor pronóstico corresponde a las mujeres con exantema en ala de mariposa. afectación orgánica y falta de artritis, y el mejor a un hombre con lesión renal.

La frecuente asociación de infecciones estreptocócicas que preceden a la aparición del lupus, ocasionando una repetida reacción del tejido, puede ser interesante desde el punto de vista profiláctico.

El tratamiento con esteroides puede modificar el pronóstico del lupus. La mayor difusión y la posibilidad de un diagnóstico precoz de la enfermedad, permitirá que el tratamiento mejore el pronóstico.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EIRIS, Ernesto J. (Buenos Aires).—«LA PENICILINA EN EL TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS. (TESIS DE PROFESORADO).» *«La Semana Médica», t. 108, núm. 5, págs. 143-150, febrero 1956. Buenos Aires.*

Conclusiones:

1. De los resultados obtenidos con la penicilina, en sus distintos preparados contra la sífilis, es este antibiótico el medicamento de mayor eficacia en la actualidad.
2. La penicilinoterapia responde ampliamente a las exigencias del tratamiento antiluético, en todas las fases más sensibles de la sífilis y, de modo especial, en los procesos recientes de la enfermedad.
3. La acción de la penicilina, a dosis adecuadas, tiene poder bactericida y propiedades bacteriostáticas.
4. La penicilina puede ser empleada a dosis elevadas, sin mayores riesgos, y dentro de las limitaciones impuestas por las condiciones generales del paciente.
5. Una de las ventajas más sobresalientes de la penicilina es la acción esterilizadora, en breve tiempo, de los sifilíticos en estado contagioso, debido a su rápida absorción y destacada acción germicida.
6. El valor terapéutico de esta droga está condicionado al nivel de concentración en la sangre dado por una administración adecuada de penicilina, siendo la penicilinemia la que hace decrecer y desaparecer el número de espiroquetas en el mínimo de tiempo.
7. La penicilinoterapia da el más alto porcentaje de remisiones en los casos de sífilis primaria.
8. Los esquemas terapéuticos de la penicilina y sus distintos preparados responden a los fines de la seronegativación, restitución de las lesiones cutáneas y mucosas y elevación de los índices de resistencia.
9. Con el empleo de la penicilina-procaína a dosis de 4.500.000 a 9.000.000 de unidades, se obtienen excelentes resultados en las sífilis recientes, en inyección diaria de 3 cm^3, prefiriéndose la solución acuosa del suero fisiológico durante diez días, para repetirla, tres veces más, en el primer año. La cura se hace entre dos y cuatro años.
10. Ante el riesgo de las posibles recidivas, se completa la cura penicilínica con el agregado de veinte ampollas de bismuto liposoluble, hasta un total de 1'40 g. de este metal pesado, serie que se repite al mes, previo contralor serológico.
11. Para lograr la esterilización magna de la lúes en el organismo, se intensifica la administración mixta de la penicilina y bismuto, sometiendo a los enfermos, durante seis meses, a este tratamiento. También se puede reducir el tiempo de medicación, administrando en un mes, y hasta en dos semanas, un total de 36.000.000 unidades. Por vía oral se puede alcanzar un total de 72 millones, cuando se desea esterilizar al organismo de los agentes luéticos, como único tratamiento.
12. Es preferible la vía parenteral a la vía oral, pues, aparte de ser más eficiente, resulta menos costosa para el paciente.
13. Es escasa la intolerancia de esta droga, en la mayoría de los casos, por ser muy reducida la reacción que ella provoca de tipo anafiláctico, reducción que se limita en el 2 al 5 por ciento de las personas con marcada hipersensibilidad, y las reacciones no son muy acentuadas.
14. La administración de la penicilina es relativamente fácil y, por ser indolora, de positiva aceptación por el enfermo. Los pacientes la toleran bien.
15. La penicilina reemplaza con ventaja al arsénico y al bismuto.
16. Debido a sus propiedades bactericidas y bacteriostáticas, difícilmente se hacen resistentes los gérmenes cuando la dosificación empleada ha sido adecuada.
17. Este antibiótico actúa sobre los gérmenes cuando éstos se hallan en el período de multiplicación y no en el período de reposo.
18. Con las concentraciones la penicilina produce efectos terapéuticos más prolongados, puesto que se liga más, de un modo reversible, a los tejidos, particularmente a las proteínas, y, en consecuencia. permanece más en íntimo contacto con los gérmenes y los elementos tisulares afectados.
19. La fácil penetración de la penicilina en la intimidad de los tejidos le confiere indicaciones de preferencia en el tratamiento de la neurosífilis reciente, con exclusión de los casos con diátesis psicopatológicas.
20. Por su grado, accesible al lugar de asiento de los gérmenes, tiene un poder bactericida extraordinario en el producto de la gestación, pues la penicilina empleada durante el embarazo protege al recién nacido sin inconvenientes para la madre.
21. La mujer sifilítica tratada en forma adecuada con penicilinoterapia durante el embarazo, no necesita repetir esta medicación en cada gestación, ni aun en los casos de serorresistencia.
22. La sífilis congénita se trata mejor con la penicilina que con los otros medicamentos; basta una dosificación apropiada a las distintas edades del niño para lograr remisiones completas. En estos casos no es necesario emplear dosis pequeñas desde la iniciación por el temor de las reacciones Jerisch-Hersheimer, cuyos trastornos, reacción cutánea náuseas y diarreas son de corta duración y muy fáciles de combatir.
23. De las observaciones clínicas que hemos recogido personalmente, en estos últimos años, con la penicilinoterapia en el tratamiento de la sífilis hemos podido comprobar, siguiendo la curva serológica de los enfermos, una notable remisión en todos ellos, dentro del menor plazo y con una prolongación muy acentuada del valor terapéutico sobre esta enfermedad.
24. El uso de la penicilina asociada a la malarioterapia está contraindicado, por su fácil destrucción ante las reacciones del organismo durante los accesos febriles.

TERAPÉUTICA CLÍNICA

SOTO, R. J., y otros. — «ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN Y DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRATAMIENTO DE 134 CASOS DE TIROXICOSIS CON IODO RADIACTIVO (I^{131}).» *«La Semana Médica», pág. 653-669, t. 114, número 21, mayo de 1959. Buenos Aires.*

COMUNICAN los autores los resultados obtenidos en el tratamiento de 134 casos de tirotoxicosis con I^{131}.

Los pacientes presentaban, al comienzo de su enfermedad un sobrepeso de un 15 por ciento, que desaparecía y se recuperaba cuando ésta estaba curada.

El tiempo requerido para la curación osciló entre tres y cuatro meses.

La dosis media usada fue de 14.799 microcurios.

Han obtenido ciento veintisiete curaciones definitivas, cinco se hicieron hipotiroideos y dos abandonaron el tratamiento.

En el curso del tratamiento, catorce hicieron un hipotiroidismo transitorio que curó espontáneamente, veintiocho padecieron leve caída del cabello y dieciséis dolor a nivel del cuello y que cedió en pocos días.

En ningún caso empeoró el componente oftalmopático que, por el contrario, mejoró en ochenta y un enfermos y se mantuvo estacionario en el resto.

De diecinueve enfermos con fibrilación, desapareció en once y se mantuvo en ocho.

Se empleó sólo una dosis en noventa y ocho enfermos, veintiocho necesitaron dos dosis, cinco tomaron tres, y tres necesitaron cuatro dosis.—J. RIVERA.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

ENDARA y ESPINOSA (Quito).—«DISÓSTOSIS CRÁNEO-FACIAL HEREDITARIA O ENFERMEDAD DE CROUZON.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas», vol. VII, núm. 26, págs. 260-267, abril-junio 1959. Quito (Ecuador).*

PUEDE considerarse dividido el presente trabajo en dos partes. En la primera resumen los autores todo lo concerniente a la llamada enfermedad de Crouzon, así denominada en honor del investigador que mejor la estudió en 1912, dedicando concisos, pero magistrales apartados a reseñar su etiología, sintomatología y tratameinto. Con esta base recordatoria de tal entidad clínica, historian con amplitud un caso personal sobre niño de seis años, donde el signo predominante u ostensible era una exoftalmía, si bien presentaba otras malformaciones de cráneo y cara.

La descripción de los doctores Endara y Espinosa puede considerarse como modelo en su especie, por su claridad expositiva y las certeras posibilidades terapéuticas con que valoran su caso clínico. Intervinieron a su enfermito quirúrgicamente mediante técnica de King, que modificaron para atemperarse a las características del enfermo, obteniendo un curso postoperatorio normal y una evolución posterior, que aun cuando no puede considerarse como definitiva, es muy alentadora de recuperación total.—LUIS DEL CAMPO.

NARANJO (Quito).—«LA NEURONA Y EL PROCESO DE LA ELECTROGÉNESIS.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas», vol. VII, núm. 26, págs. 183-224, abril-junio 1959. Quito (Ecuador).*

EL autor comienza su trabajo resumiendo las propiedades y estructuras de la neu-

rona. Seguidamente, también en plan recordatorio, describe los diversos tipos de neuronas y los restantes elementos histológicos que constituyen el sistema nervioso central, encaminados al estudio de las propiedades de excitabilidad y transmisibilidad del potencial de acción eléctrico de las células nerviosas. Todo su trabajo lo documenta con abundantes y selectas citas bibliográficas y cuadros resúmenes muy interesantes. Aun cuando el autor nada nuevo aporta, resulta un bello y documentado trabajo de tipo recopilativo.—LUIS DEL CAMPO.

DOYLE, I.—¿QUÉ ES LA NEUROSIS?» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y disciplinas conexas*», *vol. V, núm. 18, páginas 139-169, abril-junio 1957, segunda época. Quito (Ecuador).*

EN este artículo póstumo de la malograda psiquiátrica brasileña, doctora Iracy Doyle, se aborda un estudio de conjunto de las neurosis, analizando los conceptos que de las mismas existen actualmente, de acuerdo con las diversas escuelas psicológicas más en boga en nuestros días. La autora demuestra conocer a fondo el problema psicobiológico de la situación neurótica, poniendo de relieve los aspectos aprovechables de cada una de las tendencias teóricas, desde la fisiopatológica pavloviana, que habla de «alteraciones en la intensidad de los procesos de excitación y de inhibición cortical» hasta la psicoanalítica freudiana que la define como «un conflicto entre la satisfación de las necesidades instintivas (integradas en el Ello) y las fuerzas represivas del «Super-yo», y señalando la evolución que, a través del tiempo, han sufrido tan exclusivistas doctrinas hasta abocar en otras teorías más ecléctica y comprensivas. Como se hace notar en este artículo, en el concepto actual de las neurosis se incluyen múltiples factores, constitucionales unos, ambientales otros, que se imbrican en cada caso particular en proporciones diferentes, originando los múltiples y variados cuadros que se observan en la clínica. Entre las características personales del neurótico, figuran con gran frecuencia una cierta inmadurez y una labilidad emocional que traen como consecuencia una incapacidad para reaccionar normalmente a los grandes estímulos afectivos, así como una dificultad de adaptación y una falta de elasticidad para las relaciones interpersonales, y una tendencia regresiva hacia actitudes infantiles. Como causas externas, señala la doctora Doyle, como más importantes y frecuentes, las situaciones de conflicto, que unas veces actúan nocivamente por su continuidad, llegando a producir una verdadera descomposición de los mecanismos psíquicos, y otras por su intensidad y brusquedad (como el clásico trauma freudiano), desencadenando reacciones de tipo primitivo.

Hace también la autora una excelente descripción de los diversos mecanismos de reacción neurótica, cuyo dinamismo examina muy atinadamente, ilustrándolos con ejemplos de su experiencia. Merece destacarse el studio de la ansiedad que figura en la última parte de este trabajo, cuya lectura resulta tan amena como provechosa. Señalemos, por fin, que la autora no aborda, salvo incidentalmente, los problemas terapéuticos que plantean las neurosis.—REY ARDID.

PEDIATRÍA

ALVAREZ, IMBER DE CORONIL y TOVAA ESCOBAR. — «CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS ACCIDENTES DE LOS NIÑOS EN VENEZUELA Y NECESIDAD DE SU PREVENCIÓN.» «*Archivos venezolanos de Puericultura y Pediatría*», *vol. XXI, núm. 60, julio-septiembre 1958.*

EL problema de los accidentes en los niños es de mayor importancia cada día en todo el mundo.

Su incremento aumenta esta importancia.

Los autores destacan que si bien las causas de mortalidad por accidente en la infancia es recogida por estadísticas importantes, no sucede lo mismo con las causas de morbilidad.

Se resalta como en 955 los accidentes ocupaban el cuarto puesto entre las diferentes causas de mortalidad infantil en niños comprendidos de 1 a 4 años. Para los niños de 5 a 14 años los accidentes ocupaban el primer puesto entre las causas de mortalidad.

Recogen los autores todas estas causas, resaltan cómo en las zonas costeras o vecinas de los grandes ríos es mayor el número de accidentes por inmersión, y en las zonas selváticas por mordeduras, picaduras, de insectos, etc., etc.

Por todo ello destacan la necesidad de incitar a los pediatras de todo el país a realizar un estudio de la frecuencia de los referidos accidentes para poder llevar a cabo un estudio demostrativo que llevara, posteriormente, a crear un organismo encargado de su prevención y a organizar en la escala nacional una campaña de tipo educativo, encaminada a la prevención de los accidentes y disminución de las cifras de mortalidad infantil que determinen estas circunstancias. A. MALLÓU.

ASTOLFI, E.—«FIEBRE Y FEBRÍCULAS EN LOS NIÑOS.» «*La Semana Médica. Cátedra de postgraduados*», *págs. 146-150, t. 115 (Apéndice), núm. 6, mayo de 1959. Buenos Aires.*

DICE el autor que ante un niño cuyo proceso febril no puede imputarse a causa definida, se comenzará solicitando un análisis completo de orina, un hepatograma, eritrosedimentación, recuento globular, fórmula sanguínea y luego, progresivamente, según los hallazgos, reacción de Mantoux, estudio radiográfico de tórax, senos paranasales y cávum, análisis parasitológico y microbiológico de materias fecales, reacciones de floculación, punción lumbar y proteína C reactiva.

A continuación, estudia algunos cuadros clínicos, ocupándose finalmente de las distermias.—J. RIVERA.

CAMBIANO, C., y DI BARTOLO, I.—«EXPLORACIÓN RENAL EN PEDIATRÍA.» «*La Semana Médica. Cátedra de postgraduados*», *págs. 291-296, t. 115 (Apéndice), núm. 12, julio 1959. Buenos Aires.*

EXPONEN primero la forma de recoger la orina en el niño. Diferencian la orina del recién nacido y la del período postnatal. Estudian los caracteres físicos, químicos y el sedimento.

Se ocupan de la exploración funcional, describiendo las pruebas de concentración, dilución y depuración. A continuación, tratan de la exploración urológica y sus indicaciones, terminando con el estudio de un caso como demostración práctica.—J. RIVERA.

TISIOLOGÍA

BLASI, A.; CURCI, G., y GUIDI, V. (Nápoles).—«INDICACIONES ACERCA DE LA ACTIVIDAD DE LA KANAMICINA SOBRE LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL DEL CAVIA.» (*Indicazioni su l'attivita della Kanamicina sulla tubercolosi sperimentale della cavia.*) «*Arch. di Tis. e Mall. App. Respir.*», *14, 286, 1959.*

SE demuestra que a dosis de 20 miligramos por día inhibe completamente el foco primario de infección experimental de los cobayos. Fraccionando la dosis en dos días, los resultados no son tan definitivos. Parece que, según la dosis, la acción puede ser bactericida, en el primer caso, y bacteriostática, en el segundo, recordando esta acción de la Kanamicina, la de la estreptomicina. Esto tendría utilidad en la clínica.—SAMITIER.

CATENA, E. (Nápoles).—«TUBERCULOSIS CAVITARIA Y CÁNCER DEL PULMÓN.» (*Tubercolosi cavitaria e cancro del polmone.*) «*Archiv. di Tis. e Mall. App. Respir.*», *14, 302, 1959.*

HACE el autor una recopilación de lo hasta la fecha escrito sobre este tema. Presenta dos casos de enfermos de tuberculosis, en los que apareció el cáncer y fallecieron por esta enfermedad. Se publica la historia clínica de los enfermos y los datos y fotografías de la autopsia. Opina el autor que la cavidad pulmonar, por ser un lugar de menor resistencia, puede ser la base de implantación del cáncer.—SAMITIER.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960
SOCIEDADES Y ACADEMIAS

ESCUELA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA «GALLART MONÉS»

SERVICIO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS, DE BARCELONA

SESIÓN DEL DÍA 14 DE MAYO DE 1959

COLL-MONEGAL, S. — «TUMORES INFLAMATORIOS POSTAPENDICULARES.»

En general aparecen en enfermos de más de 50 años, en los que la sintomatología apendicular es mucho más solapada y frecuentemente en apéndices retrocecales. Se caracterizan por dolor en F. I. D., estreñimiento, un cuadro infeccioso y pérdida de peso. La exploración suele revelar una masa palpable en F. I. D., algo dolorosa, leñosa y fija. Radiológicamente se observa un defecto de replección, menos limitado que el producido por la neoplasia, y en aquél se conserva el relieve de la mucosa. Se puede practicar un tratamiento médico (sulfamidas y antibióticos, etc.) o quirúrgico, la hemicolectomía con extirpación de la lesión es el de elección.

A continuación, se presenta una enferma de 53 años, que inicia un cuadro de estreñimiento diez meses antes, pesadez en F. I. D., que súbitamente se convirtió en dolor, con escalofrío; anorexia y masa palpable. Al mes de estar ingresada en un Servicio Hospitalario, se le practica una laparotomía exploradora, apreciándose un tumor inextirpable, por lo que no se hizo nada.

A partir de entonces mejora el cuadro e ingresa en nuestro Servicio, donde diagnosticamos tumor inflamatorio postapendicectomía. Se practica hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa término-lateral, curando la enferma.

SESIÓN DEL DÍA 21 DE MAYO DE 1959

SUEIRAS FECHTENBURG, A. — «ÚLCERA PÉPTICA POSTOPERATORIA.»

Se presentan dos enfermos afectos de úlcera péptica postoperatoria, recidivante una, persistente la otra, como consecuencia de defectos tácticos (es decir, la intervención practicada para curar el ulcus secundario podrá haber sido realizada correctamente desde el punto de vista técnico, pero no estaba indicada por predisponer a la úlcera de boca anastomótica), cuyas historias clínicas, resumidas, son las siguientes:

Juan V. R., de 42 años de edad. El 6-V-59 ingresó en el Servicio afecto de úlcera péptica postgastrectomía persistente. Hace dos años le practicaron gastrectomía, tipo Billroth II (Polya), por ulcus duodenal. ¿Fue correcta la gastrectomía en extensión provimal y distal? Al cabo de ocho meses, ulcus en boca anastomótica tratado con anastómosis de Braun, con lo que empeora (¿interpretaron sus molestias como círculo vicioso?). Explorado a rayos X, se observan dos úlceras pépticas, una en el asa aferente y otra en la eferente, por encima del Braun, con estenosis de la boca gastroyeyunal, por perivisceritis. Con tratamiento médico no ha mejorado.

Pascual S. M., de 42 años de edad. Ingresó en el Servicio el 28-IV-59 afecto de úlcera péptica recidivante postgastrectomía. Hace dos años le practicaron gastrectomía en dos tiempos (primera predisposición al ulcus secundario) por ulcus duodenal estenosante; a rayos X, gastrectomía económica (segunda predisposición), tipo Billroth II, con *asa larga* (tercera predisposición). ¿Hay resto antral? (cuarta predisposición). A los nueve meses, úlcera péptica postoperatoria, practicándosele regastrectomía con anastómosis gastroyeyunal en Y de Roux (que según Charriel y Loygue predispone a la recidiva en el 100 por ciento de los casos). Hace nueve meses, nueva recidiva de la úlcera. Tratamiento médico, sin lograr mejoría, comenzando hace diecinueve días röntgenoterapia antiinflamatoria.

Se hacen unas consideraciones sobre la acción de la misma en las úlceras pépticas postgastrectomía.

Después de hacer hincapié en los inconvenientes de las anastómosis antecólicas y en las ventajas de las gastrectomías subtotales proximales (sobre todo la de Nagel, en escalera), en la conducta quirúrgica a seguir para la profilaxis de la úlcera postoperatoria (revisando las ventajas e inconvenientes de cada una de las intervenciones que se practican para el tratamiento de la úlcera gastroduodenal) y para su tratamiento (exponiendo las indicaciones y condiciones de la práctica de la sección vagal), el autor plantea la conducta quirúrgica a seguir en estos dos enfermos, considerando que si se hace simplemente vaguectomía, puede ser que curen al suprimir el 45 por ciento de la secreción ácida (fase cefálica), pero si la úlcera secundaria no curase, no debe por ello decirse que la vaguectomía es una mala operación, pues bien indicada es eficaz.

En estos casos cree necesaria una *actuación local*, que será: regastrectomía subtotal sin, o mejor con, asociación de sección vagal por vía abdominal, transhiatal, seccionando los troncos en el interior del tórax o resección del muñón gástrico residual (gastrectomía total).

SESIÓN DEL DÍA 4 DE JUNIO DE 1959

GRAÑÉN RASO, E. — «SOBRE ALGUNOS MECANISMOS DE PERTURBACIÓN PSICOSOMÁTICA.»

Se exponen a grandes rasgos las fases por las que ha transcurrido la etapa científica de la Medicina denominada psicosomática.

Desde que S. Freud inicia sus estudios clínicos sobre la histeria, parece que confina su devoción a tan importante campo del conocimiento psicológico; también le pertenece la iniciativa en lo referente al psicoanálisis. Es un hecho que trabajo tan fundamental apenas es mencionado por autores e internistas psicosomáticos. Se insiste en lo conveniente que es asomarse a las fuentes originales de la revolución psicosomática de la Medicina, por lo menos observada en su ángulo científico que, como médico, es el que realmente interesa. A tal fin, y como muestra y ejemplo de lo indicado, se dan detalles de diferentes trabajos realizados por varios autores. Uno de ellos, escogido al azar, «descubre» en 1957 que hay ciertas influencias que inclinan al paciente a escoger uno u otro de los mecanismos simbólicos de expresión sintomatológica, a los que (y nos parece bien) denomina canales. Sostienen también algunos autores renombrados el convencimiento de que el trastorno psicosomático viene determinado por la imposibilidad, por parte del sujeto, de relegar su conflicto a una expresión de imágenes ideativas y no teniendo otra solución que liberarlo mediante fórmulas cenestésicas y kinéticas. Como puede verse, una novedad... ¡con casi sesenta y cinco años de retraso!

Por lo que se refiere a la comprensibilidad, se estima como esencial tener ideas muy claras de los conceptos de inconsciente, sentimiento de culpa y temor de castigo, transferencia, fondo antropológico, etc., sin los que no es posible trabajar en Medicina psicosomática. El enfermo, estudiado en su totalidad, acostumbra a tener siempre ideas aparentemente sanas sobre su concepción del mundo, ideas que un examen analítico adecuado permite mostrar como morbosas y estrechamente ligadas muchas veces al nódulo conflictual. Otro factor muy extendido, y que se puede considerar ya como de características monótonas en los enfermos observados desde este ángulo, es el de la dependencia materna no liquidada y que, conforme ya se conoce, puede expresarse así, o en su opuesto polo, y que basta (aunque algunas veces no es factor suficiente) como núcleo etiológico de un cuadro clínico hospitalario.

Se estima que el criterio actual en la observación clínica psicosomática y que se trata de seguir en el Servicio, es el siguiente: 1.º Examen psicológico de los denominados objetos internos (generalmente de características persecutorias). 2.º Análisis profundo de las actitudes personales. 3.º Examen biográfico de: *a*) frustraciones de la actividad motora, y *b*) direcciones de esta actividad.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA. BARCELONA.

Reuniones del Cuerpo Facultativo

Sesión del día 12 de febrero de 1960

PRADES PLÁ, J. — «Tratamiento quirúrgico de las supuraciones crónicas del oído medio.»

En esta comunicación se trata del tratamiento funcional de las otitis medias crónicas supuradas.

Estas técnicas denominadas timpanoplastias, se han sistematizado en cinco tipos que se describen esquemáticamente.

La técnica quirúrgica que empleamos se detalla en lo esencial y sólo se hace hincapié en los puntos que consideramos fundamentales.

Finalmente se presentan varias curvas audiométricas de enfermos operados por nosotros en la que mostramos los resultados obtenidos.

MIGUEL POUS, A. — «Valoración radiográfica de la hipertensión pulmonar en la enfermedad mitral.»

La estenosis mitral asociada a hipertensión pulmonar es la que se beneficia de la comisurotomía mitral.

La hipertensión de la arteria pulmonar no da sintomatología clínica y los signos físicos y electrocardiográficos son inespecíficos, siendo la única manera de conocerla y determinarla el cateterismo cardíaco. Se sabe que el tamaño y forma de los vasos pulmonares es un reflejo de la hemodinámica pulmonar.

Basándose en ello, autores anglosajones han efectuado comparaciones y correlaciones entre la radiografía simple, postero-anterior, de tórax y la cifra de presión de la arteria pulmonar en enfermos con estenosis mitral perfectamente comprobada, en busca de si la radiografía puede dar signos que indiquen la existencia de hipertensión pulmonar sin tener que recurrir al cateterismo cardíaco. Estos estudios se refieren a más de 200 enfermos con estenosis mitral.

En cada enfermo se estudia la radiografía de la silueta cardíaca proyección postero-anterior, fijándose en el marco medio del borde izquierdo o segmento de la arteria pulmonar. Se conoce la tensión en la arteria pulmonar por cateterismo (se considera la presión sistólica en reposo).

Desde el punto de vista radiológico y según la forma, tamaño y dimensión del arco de la arteria pulmonar y del mayor o menor ensanchamiento de las ramas, hay estenosis mitrales que no dan modificación aparente del segmento pulmonar; estenosis mitrales que lo modifican moderadamente y estenosis mitrales que dan lugar a grandes variaciones del tamaño y forma.

Con respecto a la cifra de la tensión en la pulmonar, se encuentran en los enfermos mitrales toda una variabilidad, que va desde 5 mm. de Hg. a enormes hipertensiones del orden de los 200 mm. de Hg.

Los casos en que la modificación del arco pulmonar es nula o apenas aparente dan gran diversidad de cifras tensionales, algunas bajas y otras francamente hipertensas, de tal manera que la ausencia de sintomatología radiológica no excluye la hipertensión. Ante un enfermo de estenosis mitral sin alteraciones del arco de la pulmonar en la radiografía, para poder sentar una indicación de terapéutica quirúrgica hay que recurrir necesariamente al cateterismo.

Por otra parte, cuando hay modificación del arco de la pulmonar aparente en la radiografía, ya moderada, ya notablemente, siempre existe asociada una hipertensión. Debe señalarse, sin embargo, que no existe proporción entre el tamaño de la modificación radiológica y el grado de hipertensión, de tal manera que grandes arcos dan cifras de 50 mm. Hg. y abombamientos moderados coexisten con cifras de 120-130 mm. de Hg. Pero siempre en estos casos la hipertensión es lo bastante que permita la comisurotomía. La cifra de 40 mm. de Hg. es la que se toma en consideración como límite.

Ante un enfermo mitral con aumento del segmento pulmonar y ensanchamiento de ramas, puede prescindirse del cateterismo cardíaco si la única finalidad de él es determinar la hipertensión pulmonar, con la seguridad de que podría practicarse el acto quirúrgico sin temor a que el enfermo sufra indebidamente la comisurotomía.

ALEMANY VALL, R. — «Los esteroides en la práctica alérgica.»

Empleados desde hace años, de un modo más o menos general, para el tratamiento de las enfermedades alérgicas, en especial para el asma, vamos aquí a hacer consideraciones sobre los resultados obtenidos en los enfermos vistos en nuestro servicio.

En los casos agudísimos de «status asmaticus», en que precisa actuar rápidamente, cuestión de horas o días, y con dosis de esteroides bien establecidas, los resultados son buenos; aunque muchos de estos estados en el tratamiento clásico sintomatológico (yoduro, suero glucosado hipertónico gota a gota, etc.) actúa también bien y muchas veces es suficiente.

Fuera de estas condiciones, nunca deben usarse los esteroides de primera intención, siempre empezar por el tratamiento clásico y luego el desensibilizado específico o inespecífico. Tratándose de una enfermedad tan irregular y larga como el asma, las dosis de esteroides no puede establecerse bien, y más o menos pronto estas drogas dejan de actuar bien, o prolongan o hacen más frecuentes las crisis de ahogo. No sólo son contraindicaciones las de todos conocidas, sino las pequeñas, apagadas, que se añaden y complican al asma: erupciones cutáneas, no anafilácticas, fiebre, abscesos cutáneos con poco dolor y sin escalofríos, cefaleas, dolores de estómago, etc.

La habituación de estas drogas por parte del paciente requiere una deshabituación no siempre eficaz y a veces peligrosa. Los alérgicos de las vías respiratorias, altas o bajas, que no han sido tratados con esteroides responden mucho mejor y más rápidamente al tratamiento clásico sintomatológico y luego al desensibilizado, obteniéndose resultados terapéuticos más eficaces y duraderos.

El tratamiento repetido con los simpáticomiméticos daña, y sus malos efectos son pronto visibles y aparatosos; pasa lo mismo con los esteroides, pero entonces la acción nociva es más lenta, profunda, menos ostensible y más difícil de reparar. El efecto dañino es doble si se emplean simultánea o sucesivamente en las temporadas de crisis simpático miméticos y esteroides, pues su acción es casi paralela.

SUBIRANA, A.; MASÓ-SUBIRANA, E., y HERNÁNDEZ, A. — «Consideraciones a propósito de tres casos de hidromielia.»

Los autores presentan tres casos de hidromielia intervenidos y sometidos más tarde a radioterapia. Aun cuando la evolución de estos casos no haya sido siempre favorable, no debemos olvidar que la mayoría son diagnosticados de siringomielia, con todo lo que este nombre conlleva de peyorativo para el futuro del enfermo, y que la posibilidad de que puede tratarse de una hidromielia significa ya un notable avance.

En efecto, las diferencias entre hidromielia y siringomielia no constituyen una especulación teórica, sino que comportan sanciones de carácter práctico. La hidromielia, que posee características anatomo-patológicas propias, tiene una evolución mucho más lenta que la siringomielia, es de carácter menos destructivo, citándose incluso algunos asintomáticos, y puede ser tratada quirúrgicamente con posibilidades de éxito. En clínica, los hechos no son tan esquemáticos, y es posible hallar casos de hidromielia con una evolución totalmente superponible a un proceso siringomiélico, pero ello disminuye tan sólo en parte el mejor pronóstico que en general comporta.

En los tres casos, al síndrome siringomiélico se añadían síntomas clínicos y mielográficos que permitían sospechar la existencia de un proceso hidromiélico; su evolución postoperatoria ha sido variable. En dos de ellos, la marcha progresiva de la enfermedad se ha detenido, iniciándose una regresión que en el primer caso ha sido francamente notable. Por el contrario, en el tercer caso, actualmente hospitalizado en este Centro, los diversos tratamientos puestos en juego han fracasado, y en la actualidad la enfermedad se halla en fase de invasión de las estructuras bulbares.

En conclusión, los autores consideran de suma importancia que el médico práctico pueda sospechar la existencia de un proceso hidromiélico ante ciertos síndromes siringomiélicos, lo que abre el camino a una terapéutica capaz de conducir a mejorías clínicas indiscutibles.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 408 - TOMO LXIX
MARZO 1960
SECCIÓN VARIA

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
SEMINARIO DE HISTORIA DE LA MEDICINA ESPAÑOLA

NOTICIA SOBRE LA OBRA DE VICENTE MOLES

POR EL

PROF. LUIS S. GRANJEL

CATEDRÁTICO DE HISTORIA DE LA MEDICINA

SALAMANCA

Los historiadores de nuestro pasado médico Nicolás Antonio [1] y Anastasio Chinchilla [2] apenas consignan en sus obras datos sobre la existencia histórica del doctor *Vicente Moles*, calificado por Nicolás Antonio de «vir medicæ atque aliarum artium non vulgari». Mejor informado se muestra Hernández Morejón [3]; por él sabemos era Vicente Moles natural de Valencia, hijo de Guillén Moles y Luisa Angela García; estudió Filosofía en la Universidad de su ciudad natal, pasando más tarde a cursar, en la de Alcalá, Teología por cuatro años. Abandonados estos estudios, realiza los de Medicina, graduándose de doctor en esta Facultad. Casó Vicente Moles, en Valencia, con Rufina Paula Llopis, hija del jurisconsulto y escritor Pablo Llopis. En el ejercicio de su profesión alcanzó Vicente Moles el elevado cargo de médico de cámara de Felipe IV. Las fechas de edición de sus obras permiten inscribir el nombre de nuestro doctor en la generación que sigue a la última promoción de médicos renacentistas.

Es autor Vicente Moles de dos curiosas obras [4], que hasta la fecha, creo, no han sido motivo de comentario. El que aquí se hará no tiene otra pretensión que ser mera nota informativa; preciso será tornar un día a su estudio ligando el análisis que de tales obras se haga al recuerdo de cuantos médicos en España se acercaron a los textos sagrados para exponer de ellos aquellos capítulos cuyo tema se prestaba a reflexiones iluminadas por el saber que su profesión les había deparado.

---

[1] NICOLÁS ANTONIO: *Biblioteca Hispana Nova*, II: 328. Madrid, 1788.

[2] ANASTASIO CHINCHILLA: *Historia de la Medicina Española*, II: 397-99. Valencia, 1845.

[3] ANTONIO HERNÁNDEZ MOREJÓN: *Historia bibliográfica de la Medicina españo'a*, V: 159-62. Madrid, 1847.

[4] Es también Vicente Moles autor de un breve escrito titulado *Discursum Metheorologicum De Portentoso parto Vesuvii (vulgo Monte de Soma in Campania) ultimus diebus mensis Decembris anno Domini MDCXXXI*. Un hermano de nuestro autor —escribe Nicolás Antonio—, llamado Fadrique Moles, también se ocupó del tema en su obra *Relacion tragica del Vesvbio*; Nápoles, por Lázaro Escorigio, 1632. Gimeno, en su obra sobre escritores valencianos, afirma no haber hallado en sus investigaciones sobre la familia de Vicente Moles noticia alguna de tal parentesco.



La primera de las obras de Vicente Moles titúlase *Philosophia Naturalis Sacrosancti Corporis Iesv Christi* [5] y fue editada, por especial permiso real concedido, en Madrid, a 25 de agosto de 1637, a los dos años de esta fecha, en Amberes. Firma su aprobación, en la Corte de España, a 18 de febrero de 1637, el jesuíta Jerónimo de Guevara, y la licencia, el vicario general, don Lorenzo de Iturriaza, el 25 del mismo mes y año. Componen la obra catorce capítulos, de muy varia extensión, divididos, a su vez, en «dudas», consagradas cada una de ellas a comentar, con abundante aparato erudito, diversos problemas que a su mente curiosa suscitó la lectura de los Evangelios. Los cuatro primeros capítulos se ocupan de la vida intrauterina y la infancia de Cristo; dos de ellos, estrictamente médicos, se refieren a la circuncisión, uno, y otro, al proceso de la dentición. Los cuatro capítulos que siguen a los mencionados tienen por tema diferentes momentos de la vida histórica de Jesucristo. Los seis últimos, los más importantes sin duda, aluden a la pasión, muerte y resurrección de Cristo; de ellos, el fundamental, también el más amplio, contando casi el centenar de páginas, es el capítulo XII, dedicado a describir algunos momentos de la crucifixión. Tanto en este capítulo como en los restantes de la obra, Vicente Moles, apoyándose siempre en los relatos evangélicos, en los comentarios hechos a los mismos por Santos Padres y teólogos, busca dar interpretación médica a las cuestiones que considera precisas de ilustración profesional.

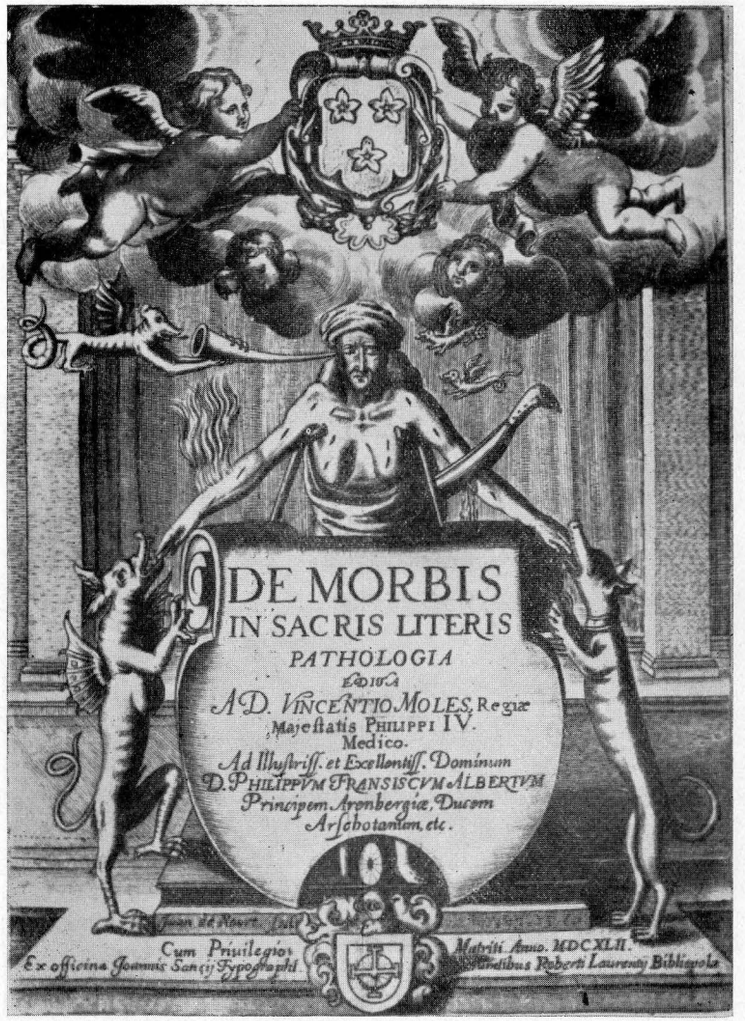
Extremadamente cauto, nuestro doctor no aventura afirmación o mera conjetura que no lleve su correspondiente respaldo documental; en la construcción de sus razonamientos, en la fragmentación analítica de las «dudas» que plantea buscando constatar su veracidad, Vicente Moles argumenta, acepta o rebate opiniones de acuerdo con los principios dialécticos del escolasticismo. El índice de autores que incluye la obra que se comenta suma más de centenar y medio de nombres, figurando entre ellos, con los de Santos Padres, filósofos y teólogos, el de Plinio y los de los médicos Avicena, Areteo de Capadocia y Aecio, Casiodoro, Dioscórides y Celso, Hipócrates y Galeno, Mondino da Luzzi, Paracelso, Vesalio y Fernel, Valverde de Amusco, Juan Fragoso, Luis Mercado, Francisco Vallés y Gómez Pereira. Concluye el libro con un completo índice de materias. La opinión de Hernández Morejón sobre la obra de Vicente Moles es negativa; de ella escribe: «Si hubiésemos de presentar una obra como modelo del vértigo teológico del siglo XVII, elegiríamos ésta». La opinión de Chinchilla es más favorable.

En 1642 publica Vicente Moles la segunda de sus obras, que será aquí también motivo de comentario; titúlase *De Morbis in Sacris Literis Pathologia* [6], y para ella dibujó Juan de Noort una impresionante portada de complejo simbolismo. Firman las censuras del libro el jesuíta Jerónimo de Guevara, el doctor De Ayarra, sacerdote, y el padre agustino fray Francisco Domínguez, fechándolas, respectivamente, el 26 de marzo, el 3 de agosto y el 4 de septiembre de 1639; la Suma de

---

[5] *Philosophia / Natvralis / Sacrosancti / Corporis / Iesv Christi, / edita / à Doctore Vicentio Moles, Regiae / Majestatis Philippi IV. / Medico. Ad Illustriss, et Excellentiss. Dominum / D. Philippvm Principem Arengergiae, / Ducem Arschotanum, etc. / Abr. à Diepenbeke delin. Pet. de Iode sculpsit. / Antverp. Apud H. Aertssens. Anno 1639. Cum Priuilegio;* en 4.º; 16 h., 287 p., 19 h.

[6] *De Morbis / in Sacris Literis / Pathologia / Edita / à D. Vicentio Moles Regiae / Majestatis Philipii IV. / Medico. / Ad Illustriss. et Excellentiss. Dominum / D. Philippvm Franciscvm Albertvm / Principem Arenbergiae, Ducem / Arschotanum, etc. / Cum Priuilegio. Matriti Anno. M.DC.XLII / Ex officina Joannis Sancii Typographi. Sumtibus Roberti Laurentij Bibliopolae.* En 4.º; 12 h., 362 p., 12 h.



Privilegio fue concedida, en Madrid, el 5 de septiembre del mismo año; la edición, sin embargo, no se realizó hasta 1642.

Componen esta segunda obra de Vicente Moles setenta y dos capítulos, en su mayoría muy breves, dedicados, cada uno, monográficamente, al comentario de una enfermedad, perturbación o alteración del humano vivir, descrita o simplemente aludida en los Libros Sagrados. Cada exposición incluye la referencia textual del proceso que va luego a ser objeto de comentario, sumándose a él consideraciones más o menos detenidas de índole histórica, etiopatogénica o clínica. La gran erudición del autor se hace patente en la diversidad de testimonios que enriquecen tales comentarios, tomados de obras teológicas y filosóficas, así como médicas.

Por su tema cabe agrupar los capítulos que integran la obra en siete apartados. Incluye el primero aquellos en que se describen y comentan afecciones externas; entre otras, la calvicie y la tiña, el cáncer, el impétigo, la lepra y la sarna, el prurito, las pústulas y cicatrices, la pápula y diversos tumores. El grupo que componen las afecciones neuropsíquicas es amplio y comprende descripción y análisis del sopor y el éxtasis, los estados de amencia y delirio, la convulsión, la parálisis, el vértigo, el estado de tristeza y el de manía, el «lunático morbo» y la posesión demoníaca; muy amplio es el capítulo donde se ocupa de la embriaguez. De afecciones oculares se describen en la obra de Vicente Moles la ceguera, la catarata, las úlceras corneales y una perturbación de los músculos óculomotores descrita con el término de «oculis attonitis»; en este grupo incluiré también el capítulo donde se comenta la fascinación. Un cuarto grupo de capítulos lo componen aquellos en que hace alusión, comentada, a diversas afecciones orgánicas de precisa localización; figuran en este apartado la sordera, trastornos de la fonación, el estertor, el «ansii cordis», la tisis, la hidropesía, la hernia, los procesos hemorroidales, las úlceras vesicales, la podagra y las fracturas. Un grupo especial lo componen los capítulos donde se describen los cuadros febriles de imprecisa etiología, el contagio, la peste y la disentería. Un apartado de afecciones tocoginecológicas y sexuales agrupa descripciones del aborto, el parto y las monstruosidades fetales, la menstruación, los signos de virginidad femenina, la infecundidad y la esterilidad, el enucoidismo y el dedicado a la gonorrea. El último grupo de capítulos recoge aquellos cuyos temas, de no fácil conexión entre sí, son el hambre y la sed, la fatiga, algunas alteraciones óseas congénitas y el estado de debilidad general, que el autor expone considerándolo específica disposición morbosa, no enfermedad propiamente dicha.

Como en la obra antes examinada, la que ahora es tema de comentario se encabeza con un copioso elenco de autores mencionados en su texto, índice de la erudición del autor, y en el que figuran, con teólogos y Santos Padres, filósofos y algunos humanistas, buen número de médicos: Hipócrates y Galeno, Aecio y Areteo, Celio Aureliano y Oreibasio, Celso y Plinio, Rhaces y Avicena, Vesalio, Falopio, Jerónimo Mercuriale y Jean Fernel; de médicos españoles menciona Vicente Moles a Vallés, Luis Mercado y Gómez Pereira, a Juan Monardes, a los cirujanos Fragoso y Daza Chacón, a Antonio Ponce de Santa Cruz, Pedro García Carrero, Juan Gallego de la Serna y Fernando Cardoso. Completa la obra un detallado índice de materias.

Fue propósito de Vicente Moles, al escribir la obra que citamos, imitar el ejemplo dado por Francisco Vallés con su *Sacra Philosophia*, y luego, como él mismo confiesa, por Levino Lemnio, Juan Bustamante de la Cámara y Guillermo de Ader. Precedió a su redacción, confiesa, un dilatado estudio, de muchos años, sobre los textos sagrados; su formación teológica y filosófica debió de servirle de

eficaz orientación. Ninguno de los capítulos que componen la obra, bien se comprende, contiene aportación original alguna al conocimiento etiopatogénico o propiamente clínico de las afecciones en ellos descritas. El interés de la obra, como también el que ofrece la que antes se comentó, estriba en la cuidada exégesis realizada en ambas por Vicente Moles de textos sagrados, y el cuidado artificio con que en ambos libros se liga, a los relatos y noticias en aquellas lecturas conocidos, la minuciosa reflexión médica, apoyada siempre en exhaustiva aportación erudita. Mientras para Chinchilla el segundo de los libros escritos por el doctor Vicente Moles es merecedor de elogio, para Hernández Morejón nada hay en él digno de estima; «su estilo —escribe— es bárbaro e inculto, múltiples sus necias credulidades, creyendo todo lo más extravagante que pudieron idear el fanatismo y la ignorancia». «Como escritor —concluye—, es también poco veraz, pues las citas son infieles y se ve claramente que las estampaba de memoria, pues aun en las legítimas se hallan defectos.»

RESUMEN

Se hace un estudio informativo sobre la obra de Vicente Moles, arquiatra valenciano que fue médico de cámara de Felipe IV. Las obras publicadas a las que se hace referencia, se titulan: "Philosophia Naturalis Sacrosancti Corporis Iesv Christi" y "De Morbis in Sacris Literis Pathologia", de las cuales se da una impresión general y crítica.



Dirección: Facultad de Medicina. Fonseca, 2. Salamanca.

JURAMENTO DEL CIRUJANO

Entrenaré mis manos para que sean suaves, rápidas y eficientes y sirvan dócilmente al cerebro en su función de curar.

Aumentaré mi cultura médica y universal para que en la abundancia mi inspiración pueda superarse.

Disciplinaré mi mente y mi cuerpo para estar siempre en condiciones de ser el amo del momento de trabajo; el dueño de la eventualidad y siempre el capitán reconocido del equipo.

Controlaré mi voz para que ordene, convenza y dé fe. Mi voz será el reflejo de mi seguridad.

Cumpliré mis obligaciones de hombre, pero mi único objetivo será el arte de la Cirugía; nada que distraiga o precupe, nada que quite tiempo o estorbe.

Cuidaré mis facultades. Mantendré a mi organismo en constante salud. Procuraré no trabajar ni gozar demasiado.

Seré humilde, porque sólo así podré aprender en el libro abierto de mis enfermos.

Dominaré la técnica para mandar en los instrumentos y en los tejidos y poder ejecutar siempre una labor eficiente.

Trabajaré por que mi cirugía sea útil, ordenada, elegante; que haga feliz al paciente porque lo alivia, y a mí por haber puesto en obra mi facultad creadora.

Promoveré constantemente mi vocación para trabajar por la felicidad inmensa que produce hacer bien una cosa que sirve. Mi prosperidad material podrá ser una resultante, nunca un objetivo.

Transmitiré conocimientos a otros, para que la ciencia y el maravilloso arte de curar progrese; sólo a través de la enseñanza el cirujano puede cumplir íntegramente los postulados de su ideal.

Mejoraré constantemente mi trabajo, mi ambiente y a mí mismo. Estudiaré y evolucionaré continuamente; me pondré en contacto con otros para aprender de ellos y difundir mi ideal. Procuraré tener disciplina en mis sueños, en mis pensamientos y en mis actos.

Corregiré lo defectuoso para hacer que, en la normalidad, el hombre encuentre la ruta hacia su dicha auténtica y su verdadera utilidad social.

Amaré a los hombres. Sólo con profunda caridad podré realizar en cada intervención un acto de bondad. Nunca lo perderé de vista.

Respetaré la ética del arte quirúrgico haciendo uso del más puro sentido de amor para efectuar la indicación operatoria.

Formaré mi equipo cuidadosamente, con gentes que, como yo, comulguen con los mismos ideales e idéntico credo.

Si cumplo este Juramento, que merezca el respeto y el afecto de mis enfermos, mis compañeros y mis amigos; que tenga siempre la felicidad del deber cumplido y que en el último instante de mi vida encuentre el fragmento de Dios que hay en el alma, y la paz que me pondrá en contacto con la energía esencial del mundo de mi espíritu.

Dr. Mario González-Ulloa

(De *Rev. Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Méjico.*)

CLÍNICA Y LABORATORIO

Núm. 409 - Tomo LXIX
Abril 1960

Centro de Traumatología de Strasbourg. — Director: Dr. E. Stulz.

PRINCIPIOS Y MÉTODOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DE FRACTURAS DIAFISARIAS CERRADAS DE LA PIERNA

(A PROPÓSITO DE 362 CASOS)

POR LOS DOCTORES

E. Stulz, I. Kempf, J. Folschveiler y F. Gonzalo

Strasbourg (Francia)

En el Centro de Traumatología de Estrasburgo recurrimos, como regla general, a los procedimientos ortopédicos para tratar la mayor parte de las fracturas diafisarias cerradas de la pierna. Los procedimientos generalmente empleados son tres:

1.º *Reducción por maniobras manuales, seguida de inmovilización inmediata por enyesado.*

2.º *Tracción continua aplicada sobre un alambre de Kirschner* introducido, bajo anestesia local, en el calcáneo y montado sobre un estribo tensor del que se tira con un peso de cuatro kilos durante los primeros días, y que se disminuye posteriormente. La tracción será reemplazada por un gran vendaje escayolado de todo el miembro en el momento en que la fractura presente un principio de consolidación.

3.º *Reducción con el aparato de tracción a tornillo de Böhler,* mantenida o no por uno o dos alambres de Kirschner pasados por encima y por debajo de la fractura y solidarizados con el enyesado. Este método, descrito antes de la guerra por Böhler, y que luego abandonó reprochándole que no siempre evita los desplazamientos secundarios y que favorece los retardos de consolidación, no goza de gran difusión. De realización y vigilancia bastante delicada, lo utilizamos en algunos casos particulares, en los que puede ser de gran utilidad.

Hemos recurrido a la reducción a cielo abierto seguida de osteosíntesis, únicamente cuando el tratamiento ortopédico ha fracasado. En estos casos empleamos la fijación con tornillos, método preconizado y aplicado desde hace mucho por uno de nosotros, y más raramente los enclavamientos centromedulares con clavo de Kuntscher. No empleamos nunca las placas ni los coaptores.

El complemento indispensable del tratamiento ortopédico o quirúrgico es una inmovilización estricta en un escayolado inalmohadillado de todo el miembro, durante diez o doce semanas, como término medio. A estos enyesados se aplica un talón de goma dura cuando los aspectos clínicos y radiológicos hacen suponer una

solidez suficiente para autorizar la marcha. Más tarde son reemplazados por un vendaje de cola de cinc, realizado según el procedimiento de Unna.

Con este tratamiento, gran parte de las fracturas siguen una evolución normal y consolidan en el plazo previsto. Ciertos casos no escapan a las complicaciones, cuyo tratamiento debe estar igualmente bien codificado. Las más frecuentes son las complicaciones ortopédicas: desplazamientos secundarios, retardos de consolidación, pseudoartrosis.

Los desplazamientos secundarios constituyen la complicación más frecuente del tratamiento incruento, incluso cuando la reducción es mantenida por alambres de transfixión solidarizados al enyesado. Estos desplazamientos se presentan generalmente durante las dos primeras semanas. Por lo tanto, es necesaria una estricta vigilancia durante este período, sin olvidar que algunos desplazamientos pueden presentarse tardíamente. Cuando se producen, es necesaria una nueva reducción, bien por nuevas maniobras, bien por platrotomía, o por un procedimiento quirúrgico.

Los retardos de consolidación y las pseudoartrosis son debidos, en general, a una tracción demasiado fuerte que provoca una separación de los fragmentos; es una falta que debe ser completamente eliminada de los casos tratados por tracción continua y que no siempre se puede evitar en las reducciones practicadas con el aparato de tracción a tornillo; o bien a la repetición de las maniobras de reducción a causa de los desplazamientos secundarios. Por esta razón, es imprescindible la vigilancia de la fractura durante los primeros quince días; pasado este plazo, está contraindicada toda maniobra de reducción.

Para el tratamiento de los retardos de consolidación, es preciso, ante todo, tener paciencia. En la gran mayoría de los casos, la continuación de la inmovilización por yeso, durante uno o dos meses, sin ninguna intervención quirúrgica, es suficiente para asegurar una consolidación definitiva. Para hacer resaltar la importancia de este precepto, hemos mencionado en los cuadros II y III todas las fracturas que han necesitado de cien a ciento cincuenta días para consolidar, y que no consideramos como una complicación. Los raros casos que a mediados del quinto mes continúan rebeldes a este tratamiento, y que son los únicos que deben considerarse como verdaderos retardos de consolidación, podrán ser sometidos a un tratamiento quirúrgico. Las perforaciones de Beck, la resección del peroné, la aposición de un injerto según la técnica de Phémister, el enclavamiento centromedular después de haber avivado los fragmentos y seguido de un injerto óseo fijado por varias lazadas alámbricas, son técnicas que pueden ser empleadas adaptándolas a las condiciones particulares de cada caso. Todos nuestros retardos de consolidación han curado en un espacio de tiempo que oscila entre los ciento cincuenta y los doscientos días, excepto dos casos que necesitaron doscientos veinte y doscientos veinticinco días.

Esta conducta acaso haga perder tiempo en algunos casos que podrían haber sido tratados con una reducción a cielo abierto más precoz; pero asegura a la mayoría de los retardados de consolidación una curación con riesgo mínimo. La objeción de una recuperación funcional comprometida no cuenta en cuanto a la rodilla, que recupera siempre su función. En cuanto a las rigideces de la articulación tibiotarsiana, secuela relativamente frecuente en las fracturas diafisarias de la pierna, no creemos que la prolongación de la inmovilización escayolada aumente notablemente la frecuencia y la gravedad.

Las pseudoartrosis confirmadas deben ser tratadas de una manera rigurosa por enclavamiento e injerto, seguidos de cuatro meses de inmovilización escayolada.

Hemos tratado algunas complicaciones arteriales, felizmente raras, que se presentaron, no en sujetos artérítícos o diabéticos, sino en enfermos jóvenes sin alteración vascular anterior y en los cuales una compresión por enyesado mal vigilado fue descartada.

En el primer caso se trataba de un joven futbolista que eliminó progresivamente todos los músculos de la región anteroexterna de la pierna. No se practicó la arteriografía por miedo a añadir nuevas perturbaciones a un estado vascular precario; pero con toda probabilidad se trataba de una obliteración de la arteria tibial anterior. Los otros dos casos presentaron una gangrena isquémica progresiva; uno, por espasmo del árbol arterial bajo el tronco tibioperoneo, y el otro, por compresión de los vasos por el edema y por el hematoma.

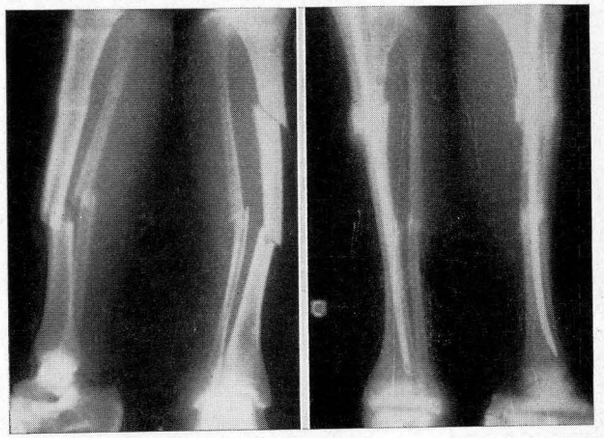


FIG. 1.—FRACTURA BIPOLAR TRATADA POR ENCLAVAMIENTO PRIMITIVO ANTE EL FRACASO DE LOS MÉTODOS ORTOPÉDICOS

Nuestra conducta terapéutica está bien establecida en la actualidad: es preciso operar urgentemente a estos enfermos; incindir por vía posterior y ampliamente la piel, aponeurosis y tríceps sural; verificar los elementos vasculares, eliminar las compresiones y vaciar los hematomas. Deberán practicarse infiltraciones lumbares o intraarteriales como métodos coadyuvantes. En fin, en caso de espasmo persistente, no se debe dudar en practicar en la misma sesión operatoria una simpatectomía lumbar. Un caso reciente se salvó por este procedimiento.

Hemos observado un caso de retracción en garra de los dedos del pie, que puede considerarse como complicación vascular menor (isquemia de los músculos de la capa profunda de la región posterior de la pierna). Esta retracción no molesta al enfermo y, por lo tanto, no se ha practicado ningún tratamiento corrector.

De las complicaciones venosas y embólicas no diremos más que unas palabras para insistir en la dificultad de su diagnóstico bajo el enyesado, y en el interés de la administración amplia y preventiva de medicamentos anticoagulantes y de la kinesiterapia: contracción estática de los músculos del muslo y de la pierna, movilización de los dedos. Estas complicaciones son todavía frecuentes y, en muchos casos, las responsables de ulteriores edemas y trastornos tróficos persistentes.

No hemos observado complicaciones nerviosas.

Problemas particulares y complejos presentan los politraumatizados. Nos referimos, sobre todo, a las fracturas asociadas del mismo miembro: cadera, muslo,

rodilla. En estos casos, nuestra conducta tiende a tratar uno de los focos de fractura por osteosíntesis inmediata con un montaje lo más sólido posible, lo que facilita considerablemente el tratamiento ortopédico de la otra fractura.

Según estos principios y métodos, hemos tratado, desde el 1 de enero de 1953 al 31 de diciembre de 1958, trescientas sesenta y dos fracturas diafisarias cerradas de la pierna. Su clasificación, según la variedad de fractura, es la siguiente:

CUADRO N.º 1

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL TIPO DE FRACTURA

TIPO DE FRACTURA	N.º DE CASOS
Espiroideas	209
Oblicuas	47
Transversales	48
Conminuta	43
Bipolares	4
Aisladas de tibia	11
Total	362

De las doscientas nueve fracturas espiroideas, ciento ochenta y dos han sido tratadas ortopédicamente y veintisiete por fijación cruenta con tornillos. Cinco desplazamientos secundarios observados han sido corregidos ortopédicamente. Sólo uno, de los cincuenta y un casos que necesitaron más de cien días para consolidar, y cinco retardos de consolidación, han sufrido un tratamiento cruento (perforaciones de Beck, resección del peroné y atornillado). Un antecurvatum de más de quince grados, en un anciano de ochenta años, no fue corregido. Un caso de retracción en garra de los dedos.

Las cuarenta y siete fracturas oblicuas han sido reducidas ortopédicamente. De los cinco desplazamientos secundarios tratados, uno lo fue por enclavamiento e injerto, y los otros cuatro, por platrotomía o nueva reducción. Todos los casos que tardaron más de cien días en consolidar (diecinueve), y todos los retardos de consolidación (dos), han sido tratados por inmovilización prolongada. Un caso de osteítis por apertura secundaria de la piel consolidó en seis meses, una vez practicado el curetaje del foco.

Las cuarenta y ocho fracturas transversales fueron objeto de un tratamiento ortopédico inmediato; en once casos la reducción fue mantenida por alambres solidarizados con la escayola. Las complicaciones fueron:

Cinco desplazamientos secundarios, corregidos por platrotomía o nueva reducción; diecinueve consolidaciones en más de cien días, tratadas por inmovilización prolongada; dos retardos de consolización, tratados por inmovilización, y el otro, por perforaciones de Beck y resección del peroné; una pseudoartrosis, curada por injerto según la técnica de Phémister, perforaciones de Beck y resección del peroné; una trombosis de la arteria tibial anterior, que provocó una necrosis aséptica de los músculos de la región antero-externa de la pierna.

El estudio de las fracturas conminuta está lleno de interés, pues presentaron numerosas complicaciones debidas a la importancia del fracaso óseo. Hemos tratado cuarenta y tres casos, de los cuales cuarenta y uno lo fueron ortopédicamente (treinta tracciones, cuatro reducciones manuales y cinco en el aparato de Böhler), y dos por

VARIEDAD			Espiroideas: 209 casos	Oblicuas: 47 casos	Transversales: 48 casos	Conminuta: 43 casos	Aisladas de tibia: 11 casos	Bipolares: 4 casos	TOTALES: 362 casos
TRATAMIENTO		Ortopédico	182	47	48	51	10	3	331 92 %
		Quirúrgico	27	·/·	·/·	2	1	1	31 8 %
COMPLICACIONES		Desplazamientos secundarios	5	5	5	1	2	1	19
		Consolidaión en más de 100 días	51	19	19	18	·/·	·/·	107
		Retardos de consolidación, más de 150 días	5	2	2	4	·/·	·/·	13
		Pseudoartrosis	·/·	·/·	1	2	·/·	·/·	3
		Infección	·/·	1	·/·	·/·	·/·	·/·	1
		Callo vicioso	1	·/·	·/·	1	·/·	·/·	2
		Vasculares	·/·	·/·	1 → 1	2	·/·	1	4
		Tendinosas y musculares	1	·/·		·/·	·/·	·/·	2
TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES		Ortopédico	5	4	5	2	2	·/·	18
		Quirúrgico	1	2	2	4 2 amp.	·/·	1 amp.	12
RESULTADOS OSEOS		Muy bueno	144	19	30	15	6	1	215
		Bueno	57	22	13	18	4	2	116
		Aceptable	7	6	4	4	1	·/·	22
		Malo	1	·/·	·/·	4 2 a 2 m.	·/·	1 amp	6

3 casos perdidos de vista

enclavamiento centromedular inmediato. Las complicaciones consistieron en: un desplazamiento secundario corregido ortopédicamente; dieciocho consolidaciones en más de cien días; cuatro retardos de consolidación, tratados por inmovilización prolongada; dos pseudoartrosis, que consolidaron después de practicar un enclavamiento e injerto; un callo vicioso, corregido por osteotomía y resección del peroné, y dos gangrenas isquémicas, que se terminaron por amputación, una por encima y otra por debajo de la rodilla.

Las once fracturas aisladas de tibia han sido tratadas: una por tracción continua; ocho por reducción manual y yeso; una en el aparato de Böhler, y una por osteosíntesis con tornillos. Todas han consolidado rápidamente.

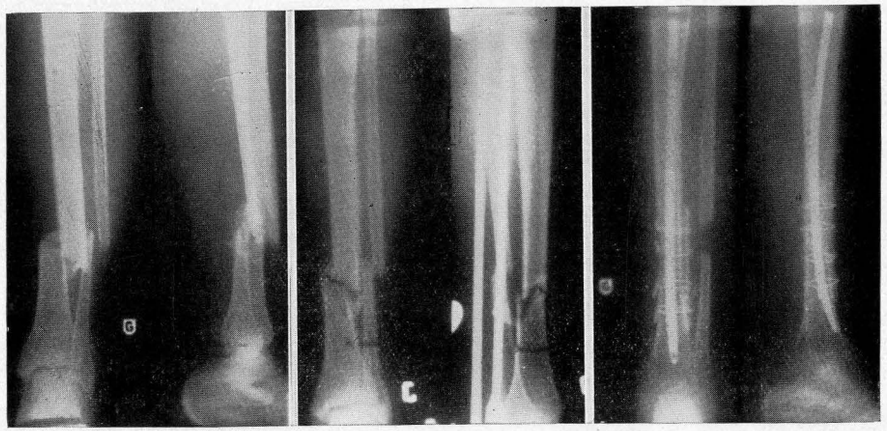


FIG. 2. — PSEUDOARTROSIS DEL TERCIO INFERIOR DE LA PIERNA TRATADA POR ENCLAVAMIENTO CENTROMEDULAR, INJERTO Y RESECCIÓN DEL PERONÉ

También hemos observado cuatro fracturas bipolares cerradas, que fueron tratadas: una por tracción continua, dos por reducción y yeso, y la cuarta, que no se llegó a reducir ortopédicamente, se trató por enclavamiento centromedular, sin necesidad de abrir el foco superior. Uno de los casos tratados ortopédicamente presentó una gangrena isquémica por hematoma compresivo y hubo que amputar.

CUADRO N.º 3

COMPLICACIONES SOBRE 362 FRACTURAS

COMPLICACIONES	NÚMERO	%
Desplazamientos secundarios importantes	19	5'2
Consolidación entre 100 y 150 días	107	29'5
Retardos de consolidación de 150 a 225 días	13	3'6
Pseudoartrosis	3	0'8
Infecciones	1	0'3
Callos viciosos	2	0'6
Complicaciones arteriales	3 (2 amp.)	0'8
Retracción en garra de los dedos	1 ?	0'3
Amputación por delirium tremens	1	0'3
TOTAL	107+43=145	29'5+11'9=41'4

El cuadro número 3 demuestra que, excepción hecha de las complicaciones isquémicas, ha habido pocas complicaciones óseas mayores: osteítis graves, pseudoatrosis. Ninguna de ellas ha provocado un deterioro definitivo del miembro inferior. Estos resultados favorables deben incluirse en el activo de nuestros métodos, cuyos inconvenientes consisten en la duración, frecuentemente prolongada, de la inmovilización.

Cuando la hospitalización y la vigilancia ambulatoria están organizadas en consecuencia, y cuando, al final del tratamiento, un servicio de readaptación funcional se ocupa de la reeducación articular y muscular de los enfermos, estos inconvenientes no pueden ser considerados como mayores.

RESUMEN

En el Centro de Traumatología de Estrasburgo hemos empleado, como regla general, los métodos ortopédicos para tratar la mayoría de las fracturas diafisarias cerradas de la pierna. La reducción a cielo abierto seguida de osteosíntesis, sólo se ha empleado cuando el tratamiento ortopédico ha fracasado.

Una inmovilización completa de todo el miembro, en un enyesado sin almohadillar, durante diez o doce semanas, será el complemento indispensable de cualquier tratamiento ortopédico o quirúrgico.

A las complicaciones que siguieron al tratamiento ortopédico —retardos de consolidación, desplazamientos secundarios, pseudoartrosis, complicaciones vasculares— se les aplicó un tratamiento adecuado a cada caso particular.

Del 1 de enero de 1953 al 31 de diciembre de 1958 hemos tratado trescientos sesenta y dos casos de fracturas diafisarias cerradas de la pierna. Sus resultados, excepción hecha de algunas complicaciones isquémicas, demuestran que ha habido pocas complicaciones óseas de importancia.

Dirección: 45, Boulevard Clemenceau. Strasbourg.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960

EQUIPO DE NEURO-ORTOPEDIA (Jefes: Dres. L. BARRAQUER-BORDAS y J. CAÑADELL-CARAFÍ) DEL HOSPITAL DE LA CRUZ ROJA. BARCELONA.
(Director: Prof. L. GARCÍA-TORNEL.)

PARÁLISIS FACIAL

POR EL

DR. J. PERÉS SERRA

BARCELONA

En 1814, C. BELL demostró que la parálisis de los músculos de la cara (*prosoplejía*) se debía a la lesión del nervio facial, por lo que hoy se le conoce como parálisis de Bell. Se caracteriza por la *incapacidad motora para contraer los músculos de la expresión fisonómica*, con desaparición más o menos completa de surcos y arrugas del lado paralizado y desviación de los rasgos hacia el lado sano.

Es de interés, para la comprensión de la enfermedad, una *breve descripción anatómica del facial*. Consta de dos trayectos: el central o supranuclear, constituído por el haz geniculado (vía piramidal), y el periférico o infranuclear, formado por fibras motoras, sensitivas y sensoriales, nervio facial o VII par), hallándose intercalado entre ambos el núcleo del nervio, situado en la región antero-externa inferior de la calota protuberancial, siendo dicho núcleo el final del primer trayecto y el comienzo del segundo. Las fibras córtico-nucleares se sabe ahora que no discurren exactamente por la rodilla de la cápsula interna, al menos en todo su trayecto (THUREL, GUIOT). Es sabido que en las lesiones centrales no se afectan los músculos que dependen del facial superior (frontal, superciliar, orbicular de los párpados). Este hecho hizo suponer a MENDEL la existencia de dos núcleos situados a distinta altura, uno para el facial superior, estando en relación con el núcleo del motor ocular externo, y otro para el facial inferior. Pero MARINESCO demostró que se trataba de un solo núcleo para los dos: el facial inferior depende de la porción posterior del núcleo, mientras que el superior depende de la porción anterior. Si no existe alteración de los músculos inervados por el facial superior, es porque éste tiene inervación doble (homolateral y cruzada) cortical (véase, en la figura, núm. 3), mientras que el inferior posee solamente inervación única contralateral (núm. 2). BING cree que el núcleo del hipogloso participa con el facial inferior en la inervación del orbicular de los labios. Por tanto, cuando se presenta paresia de los labios junto a una parálisis nuclear del hipogloso, no por esto ha de admitirse una afección del facial en caso de no haber ningún otro síntoma de ella.

El *facial propiamente dicho, o raíz motora*, después de emerger de su núcleo forma un asa que rodea en la calota protuberancial al núcleo del VI par (rodilla del facial), dirigiéndose hacia la fosita lateral del bulbo. El facial penetra en el conducto auditivo interno (núm. 17) y recorre el acueducto de Falopio para salir por el agujero estilomastoideo (núm. 27), dividiéndose en dos ramas terminales: la témporo-facial (núm. 28) y la cérvico-facial (núm. 29), que inervan la musculatura de la cara, excepto el elevador del párpado y los masticadores, siendo responsables de la mímica y expresión fisonómica. Pero en su recorrido intrapetroso da dos ramas importantes: el nervio petroso superficial mayor (núm. 20), cuya misión es llevar fibras lagrimales y quizá gustativas, y el nervio cuerda del tímpano (número 19), que transporta fibras salivares y gustativas. Otra rama es la que inerva el estapedio (núm. 26), encargado de tensar la membrana timpánica, amortiguando así la amplitud de las vibraciones.

Por delante del núcleo del facial está situado el salival (núm. 6). La raíz vegetativa salival que parte de este núcleo se une al facial, con el cual pasa hacia el ganglio geniculado (núm. 18), y siguiendo con este nervio, alcanza a la cuerda del tímpano, al lingual (núm. 23) y, finalmente, a las glándulas sublingual (número 24) y submaxilar (núm. 25).

El nervio intermediario o de Wrisberg, nace en un núcleo común con los pares IX y X, llamado solitario (núm. 8). Se dirige hacia la fosita lateral del bulbo, colocándose entre el facial y el auditivo (nervio intermediario), introduciéndose en el agujero auditivo interno, sigue hasta el ganglio geniculado, donde termina. Es sensitivo, pero además lleva fibras vegetativas (lagrimales y quizá gustativas); las sensitivas inervan el pabellón de la oreja (zona de Ramsay-Hunt).

Las fibras gustativas parten del núcleo gustativo superior de Nageotte (núm. 7), que se halla por fuera del núcleo motor del facial, e inmediatamente se dirigen hacia adelante, penetrando en el nervio intermediario hasta el ganglio geniculado (núm. 18); a continuación ganan la cuerda del tímpano, para introducirse en el nervio lingual (tercera rama del trigémino), terminando en la lengua, para recoger las impresiones del gusto en los dos tercios anteriores de este órgano. Sin embargo, hay autores que estiman que el trayecto es distinto al anteriormente descrito. Suponen que las fibras gustativas pasarían desde el trigémino por el ganglio esfenopalatino (núm. 21) al petroso superficial mayor (núm. 20) y al ganglio geniculado, donde se incorpora al facial, para seguir el camino antes descrito.

La raíz vegetativa lagrimal (núm. 9), después de emerger del núcleo (situado más alto que los anteriores), se incorpora al intermediario, dirigiéndose al ganglio geniculado; sigue por el nervio petroso superficial mayor, al ganglio esfenopalatino, para pasar a la primera rama del trigémino.

El *diagnóstico de altura* se basa en la constitución anatómica de las ramificaciones que componen al nervio facial.

Resumiendo: El *facial propiamente dicho* está constituído por fibras motoras y salivares (motor-vegetativo).

El *intermediario de Wrisberg*, por fibras sensitivas, gustativas y lagrimales (sensitivo-vegetativo).

El *petroso superficial mayor*, por fibras lagrimales (y gustativas, según algunos autores) (vegetativo).

La *cuerda del tímpano*, por fibras salivales y gustativas (vegetativo-sensorial).

En el ganglio geniculado se encuentran neuronas de fibras no motoras, antes citadas.

¿Cuáles son las causas que pueden ocasionar el déficit funcional del nervio facial?

Ninguno de los nervios craneales recorre un trayecto tan peligroso como este nervio. La vía supranuclear es muy susceptible a lesionares a nivel de la cápsula interna por *procesos* principalmente *vasculares*. A su salida de la protuberancia se encuentra a menudo amenazado por los *tumores del acústico;* después corre el *peligro meníngeo;* a través del peñasco hay especialmente posibilidad de *lesiones mecánicas e inflamatorias*. El nervio facial es uno de los más perjudicados en las fracturas de la base del cráneo (entre cuatrocientos setenta casos, BRUNS encontró cincuenta y siete veces parálisis facial periférica, en algunas ocasiones doble). La estrechez anormal del conducto está reconocida como predisponente a la prosoplejía (SARBO y WATERMANN) y también pueden determinarla el estasis venoso o linfático y otras causas accesorias. El carácter familiar de algunas parálisis faciales no congénitas puede atribuirse a las condiciones hereditarias de la topografía del conducto de Falopio. Además, la vecindad del oído medio, que tan frecuentemente se inflama, es un peligro constante para el nervio facial, peligro que exageran las intervenciones quirúrgicas, a menudo necesarias en este territorio, y en este sentido constituyen una circunstancia agravante las anomalías absolutamente imprevistas que se observan en el curso del nervio facial y que aumentan el peligro de las operaciones (RANDALL, RICHARDS).

La terminación periférica está expuesta a traumatismos externos de la más variada naturaleza: *parálisis obstétrica* de los niños por compresión de los fórceps, por compresión de las prominencias de la pelvis (VOGEL) o por los hombros del niño (BONNAIRE) sobre el tronco del facial, aplastamientos, cortes, heridas, etc. Las parálisis externas son a menudo parciales, siendo el déficit de la rama terminal afectada.

El nervio facial está poco amenazado por las sustancias tóxicas, aunque se han mencionado algunos casos de su afectación en diabéticos, alcohólicos e intoxicación por plomo. Es más considerable el número de casos de *prosoplejía* por *toxinas infecciosas*: difteria, lúes (bilateral), erisipela, etc.

La parálisis facial puede ser congénita (según FUCHS, en seiscientos casos, doce veces), siendo siempre bilateral. Puede combinarse con la aplasia de los núcleos del III par (enfermedad de Heubner-Moebius). Puede depender también de una agenesia parcial de los músculos.

El enfriamiento, como causa de parálisis de Bell, se ha mencionado con frecuencia seguramente excesiva. Se llama parálisis *a frigore*. También se la denomina parálisis facial *reumática*, por la suposición de que se trate de una neuritis reumática. Afecta al nervio en su trayecto intrapetroso. Para algunos, la causa sería un virus, fundándose en la aparición de las parálisis en ciertas épocas del año y en que aparecen en ocasiones junto a herpes. Algunas investigaciones necrópsicas de enfermos con parálisis facial reumática, muertos por otras causas, han descubierto a veces estrecheces anormales del conducto de Falopio (SARBÓ) u otitis media exudativa no purulenta.

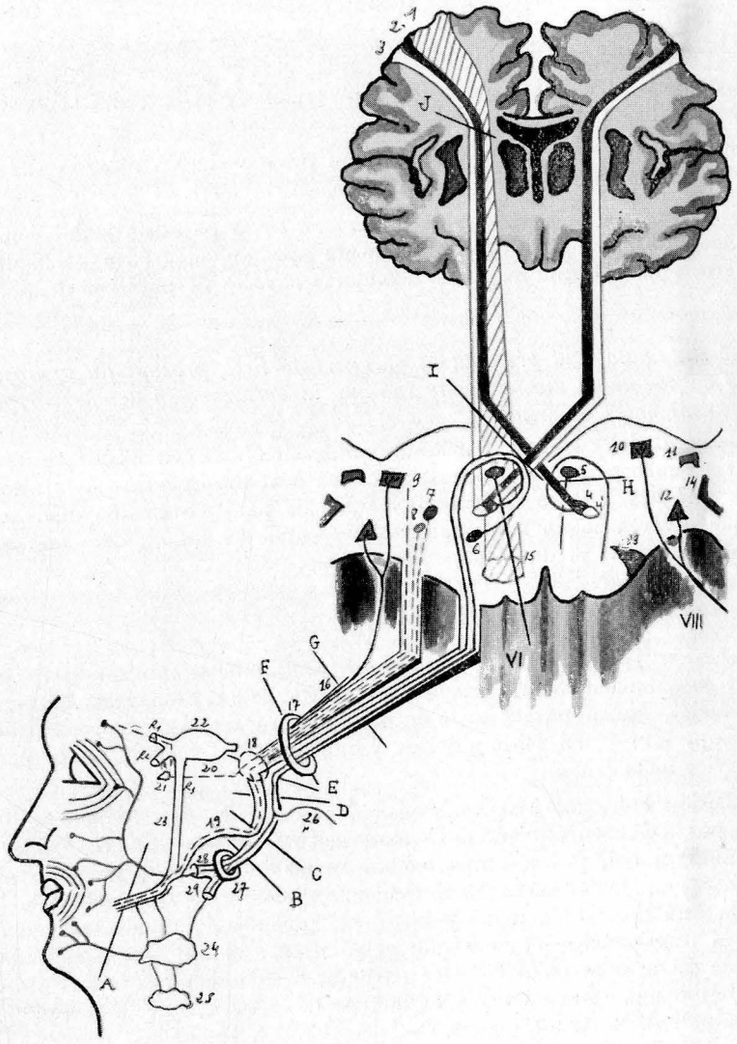
Agrupando las principales causas, según su origen, podemos resumirlas así:

Congénitas.—Aplasia de los núcleos de origen; bilateral (síndrome de Moebius-Heubner). Aplasia del peñasco temporal (HELLER).

Mecánicas.—Heridas de arma blanca o quirúrgicas en intervenciones de la parótida o mastoides; son lesiones externas y generalmente parciales. En las contusiones causadas por fórceps ocurre otro tanto. En las fracturas de base del cráneo o del peñasco temporal son parálisis totales y con menos frecuencia disociadas.

ROUQUÉS ha citado la leucemia como causa de parálisis facial.

Vasculares.—Afectan con preferencia al trayecto supranuclear (hemorragia cerebral, encéfalomalacia, aneurismas, etc.).



La jaqueca facioplejica se define como accesos de migraña, que se acompañan de parálisis facial. La causa de ello se ha dicho que es una isquemia de los vasa-vasorum del nervio (FLATAU). HEYCK critica esta forma de jaqueca.

Infecciosas.—La poliomielitis bulbar (la lesión destruye el núcleo, ocasiona a veces diplejía) y neuritis (difteria, lúes, rabia, lepra, tétanos en su forma de Rose), junto con las infecciones de oído medio, meningitis bacilares y parotiditis, son

motivo de parálisis facial periférica total. En cambio, la prosoplejía observada en las encefalitis epidémicas es nuclear. El síndrome de Heerfordt y la enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann se acompaña a veces de parálisis facial.

Tóxicas.—El alcohol reporta una carencia de aneurina, cuya consecuencia puede ser una parálisis del facial. Este trastorno pueden provocarlo las intoxicaciones internas (diabetes).

De las externas, la del plomo es la más frecuente.

Carenciales.—La pseudoencefalitis de Wernicke y el beri-beri son enfermedades que afectan al VII par.

Tumorales.—Son causa de parálisis con preferencia los tumores situados en el ángulo pontocerebeloso (neurinomas del acústico, etc.).

Degenerativas.—El síndrome de Melkerson es la parálisis facial con alteraciones tróficas, observándose edema crónico de tipo angiodistrófico y lengua escrotal. La esclerosis lateral amiotrófica se acompaña a veces de parálisis de Bell, central.

¿Qué sintomatología presenta la parálisis de Bell, prosoplejía o prosopoplejía, teniendo en cuenta la altura donde radique la perturbación del nervio por alguna de las causas antes descritas?

La parálisis del facial tiene distinta manifestación clínica según asiente la lesión, bien en la neurona motora periférica, o bien sea consecuencia de la alteración de las vías centrales. Dentro de estos dos tipos de parálisis existen distintas modalidades que difieren según a qué altura se localice la lesión, dato que aprovecharemos para efectuar el diagnóstico topográfico.

1. — *Lesiones sobre la vía periférica*

A) *Lesión por fuera del agujero estilomastoideo.*—Dan parálisis parciales; el déficit es solamente motor, dependiendo éste de las ramas afectadas; si es la témporo-facial, habrá parálisis de la musculatura de la frente, párpados, nariz y labio superior; y del labio inferior y músculos del mentón, si la perjudicada es la cérvico-facial.

B) *Lesión entre agujero estilomastoideo y cuerda del tímpano.*—El tipo de parálisis por lesión en este punto es motora, como en el caso precedente, pero no parcial, sino global, por alterarse ambas ramas terminales, existiendo arreflexia, hipotonía y amimia. Observando al paciente, vemos que la porción de la frente paralizada está lisa, sin arrugas y no puede plegarse longitudinalmente (músculo frontal) ni transversalmente (músculo superciliar); el ojo está demasiado abierto y no puede cerrarse «orbicular de los párpados). Al intentar cerrar el ojo enfermo, sufre el bulbo una rotación hacia arriba, de tal manera, que, a través de la hendidura palpebral, se ve el blanco de la esclerótica (fenómeno de Bell). No hay parpadeo. La abertura de la nariz del lado enfermo no puede ensancharse. La punta de la nariz se desvía hacia el lado sano. El pliegue nasolabial desaparece o, por lo menos, no está tan marcado como en el lado sano (hipotonía). La boca está torcida y retraída hacia este lado; la comisura bucal del lado enfermo aparece caída. Al abrir la boca (como para enseñar los dientes) se mueve exclusiva o preferentemente hacia afuera la comisura del lado sano. La pronunciación de las letras labiales está dificultada. Los enfermos no pueden silbar; el aire escapa de la boca por el lado paralizado cuando sopla el enfermo.

La mejilla (bucinador) se interpone fácilmente, al masticar, entre las arcadas dentarias. Las contracciones del músculo cutáneo del cuello faltan en el lado paralizado.

Faltan los reflejos corneal, óptico-palpebral y el muscular del orbicular de los párpados (naso-palpebral, etc.), pues el VII par es la vía eferente de ellos.

El elevador de los párpados y masetero son los dos únicos músculos de la cara no alterados en la parálisis del nervio facial.

Cuando persiste mucho tiempo la parálisis, en los casos graves, pueden sobrevenir *contracturas* y *espasmos* de los músculos paralizados; los últimos trastornos producen a veces más surcos y pliegues en la mitad enferma de la cara, que los que existen en el lado sano. Al cerrar el ojo contracturado, la comisura labial del mismo lado sube (WARTENBERG). LUISA SERVI describió filetes simpáticos en el facial; según dicha autora, la irritación de éstos sería la causa de la contractura por inervar el sarcoplasma de los músculos faciales. Pero esta idea se abandonó. Se han propuesto la de «errores» en los caminos segundos por los cilindroejes al regenerarse, y otras.

C) *Lesión entre la salida de la cuerda del tímpano y el ramo del estapedio.*—La lesión en este tramo afecta a la raíz motora y a la cuerda del tímpano; las consecuencias de la alteración serán la parálisis motora global del tipo descrito, más una *hiposialia* (la glándula submaxilar y sublingual están afectadas, pero no la parótida, que depende del IX par) y ageusia para los dos tercios anteriores de la lengua, del lado afecto.

D) *Si se afecta el trayecto comprendido entre la rama del estapedio y el ganglio geniculado,* al cuadro anterior se añade *hiperacusia,* a veces dolorosa, pues no queda tensa la membrana timpánica, no amortiguándose las vibraciones.

E) *Lesión en el mismo ganglio geniculado.*—El proceso clínico es idéntico al anterior, más una *disminución de la secreción lagrimal* por afectación de las fibras lagrimales que estaban de paso en el ganglio, para introducirse en el nervio petroso superficial mayor. En realidad se alteran todas las fibras descritas en el bosquejo anatómico. Si la causa del proceso es inflamatoria, aparece junto a lo anterior un *herpes zona ótico.* El *síndrome zosteriano,* descrito por RAMSAY-HUNT, está constituído por:

a) Zona auricular; las vesículas ocupan el pabellón de la oreja y conducto auditivo.
b) Anestesia o hipoestesia, en la misma zona, por alterarse la raíz sensitiva que finaliza en el ganglio geniculado.
c) Dolores en conducto auditivo y región mastoidea.
d) Parálisis total del facial.
e) Hiposialía.
f) Ageusia de los dos tercios anteriores de la lengua.
g) Disminución de la secreción lagrimal.

Este herpes es benigno, en general.

F) *Lesión entre ganglio geniculado y conducto auditivo interno.*—Se conserva (según algunas opiniones) el gusto de los dos tercios anteriores de la lengua; pero, en lo demás, la sintomatología es la misma (excepto en el herpes zona) que la del apartado anterior.

G) *Lesión entre conducto auditivo interno y origen aparente del facial* (región del ángulo ponto-cerebeloso).—La parálisis aislada de este par es rara y se asocia, en general, a la de otros pares vecinos (V, VI y VIII, principalmente).

H) *Lesión protuberancial.*—Se altera el VII par conjuntamente con el VI, por estar ambos en situación muy próxima, en este nivel.

Una de las parálisis periféricas del facial más frecuentes es la llamada «a frígore», caracterizda por su brusquedad de aparición: «Me acosté bien, levantándome con la cara torcida», son los términos en que se expresan la mayoría de estos enfermos. En general, es una enfermedad de la edad adulta; comienza bruscamente, precedida, en la mayoría de veces, de parestesias en mejillas y de dolores debajo y detrás del pabellón de la oreja. En algunas ocasiones se han observado pequeñas contracciones de los músculos del rostro antes de sobrevenir la parálisis. En clínica se manifiesta por un déficit cualquiera, de los descritos en el tramo intrapetroso del facial. Este proceso de parálisis «a frígore» tiende a regresar por evolución espontánea; sin embargo, los hay graves, finalizando el proceso con contractura.

2. — *Parálisis central o lesiones en el trayecto supranuclear*

El facial superior no suele afectarse por poseer inervación doble cortical. Por lo tanto, el enfermo puede arrugar la frente y cerrar el párpado; no pierde el reflejo corneal ni el parpadeo.

I) *En afecciones de la porción inferior del puente* puede originarse la hemiplejía alterna facial (*síndrome de Millard-Gubler*), en la que se combina parálisis facial del mismo lado de la lesión con parálisis de las extremidades del opuesto. Sucede de esta forma porque el haz geniculado se ha cruzado, mientras que el resto de la vía piramidal no lo hace a nivel inferior del bulbo.

J) *Si la lesión se localiza en cápsula interna,* como tanto el haz geniculado como la vía piramidal restante aún han de cruzarse, su lesión dará una parálisis al lado contrario de la lesión, de cara (porción inferior) y extremidades (hemiplejía cruzada).

K) *En el síndrome del opérculo rolándico* (FOIX y CHAVANY, ALAJOUANINE y colaboradores) puede haber parálisis facial contralateral global, sin signo de Bell.

En las lesiones talámicas, lenticulares o de la región anterior del lóbulo frontal, se encuentra un *déficit de los movimientos de la expresión emocional,* en el lado opuesto de la cara (hipomimia del parkinsonismo, etc.), pero se conservan los movimientos voluntarios, indicándonos que los impulsos nerviosos relacionados con la expresividad emotiva siguen un trayecto central diferente a la vía piramidal. Parece ser que esta vía se origina en la parte más anterior del lóbulo frontal.

Por otra parte, en los trastornos orgánicos que han lesionado el haz geniculado, los movimientos voluntarios son francamente paréticos (del facial inferior), mientras que la inervación emocional no revela parálisis alguna, o aun se exalta (MONRAD-KROHN). Esta *disociación* prueba que la lesión es central. En las parálisis periféricas no se aprecia esta disociación, sino que los movimientos voluntarios y emocionales están afectados con la misma intensidad.

La *parálisis facial histérica* es rara, afecta al facial inferior con contractura de los músculos cigomáticos y de la mitad correspondiente de la lengua. «Hemiespasmo gloso-labial (CHARCOT, BRISSAUD, PIERRE MARIE).

En presencia de una parálisis facial unilateral hemos resuelto las cuestiones siguientes:

¿Hay parálisis facial? (sintomatología).

¿Es central o periférica? (cuadro adjunto).

PARÁLISIS CENTRAL	PARÁLISIS NUCLEAR	PARÁLISIS PERIFÉRICA
Parálisis del facial superior.	Parálisis global.	Parálisis global.
Reflejo corneal conservado.	Abolido.	Abolido.
Contracción eléctrica normal.	Anormal.	Anormal.
Parálisis unilateral (o síndrome pseudobulbar).	Generalmente bilateral.	Unilateral.
Se asocia al XII par.	La mayoría de las veces se asocia con otros pares (óculomotores en general).	Poco frecuente la asociación.
	Se combina frecuentemente con alteraciones centrales.	
Mímica conservada.	Abolida.	Abolida.
Reacción idiomuscular conservada.	Alterada.	Alterada.
	Existen fasciculaciones frecuentemente.	

¿Es nuclear o verdaderamente periférica? (cuadro anterior).

¿A qué altura está la lesión? (diagnóstico de altura).

¿Cuál es la causa? (etiología).

Falta ahora: *¿Cuál es el grado?* (pronóstico).

Depende de la causa y de la destrucción neural. En las parálisis centrales, es desfavorable en general.

Las parálisis faciales periféricas, si existe solución de continuidad permanente del nervio, el déficit no se restablecerá si no se acude a una operación quirúrgica. En estas condiciones, la reacción eléctrica se manifiesta con una degeneración total (R. D. T.).

Un buen pronóstico tienen las contusiones, magullamientos, así como la mayoría de neuritis. El electrodiagnóstico nos indica generalmente una degeneración parcial (R. D. P.), tardando en sanar de un mes a tres. Si solamente hay modificaciones cuantitativas, el pronóstico es mucho mejor, curando la parálisis en tres semanas aproximadamente.

¿Se puede sospechar una posible contractura?

DOMINICONE dice que el facial lesionado es el único nervio que puede dar una disociación eléctrica, es decir, no responder al ser estimulado por la corriente farádica y, en cambio, ser hiperexcitable a la galvánica. En tal caso se instaurará una contractura.

DUCHENNE observó que los músculos recuperados, si no les corresponde el valor eléctrico correspondiente a dicha recuperación, se contracturarán.

También tiene valor positivo para prever la contractura la sensación de tirantez que siente el paciente en los músculos lesionados.

La parálisis del facial periférico no se recuperará si transcurridos diez meses no mejora.

Con la *electromiografía* se puede asegurar la degeneración del nervio a partir de la segunda semana, por la aparición de fibrilaciones de los músculos de la cara inervados por el facial. Los primeros síntomas de regeneración se ponen de manifiesto gracias a la electromiografía, pues la reaparición de los potenciales de unidad motriz al esfuerzo preceden de largo a la recuperación clínica.

Tratamiento médico

Ante todo, ha de ser etiológico.

En las de origen ótico, si no responden a los antibióticos deberá efectuarse una paracentesis amplia; pero si en cuarenta y ocho horas no se produce mejoría, se tomarán otras medidas más radicales.

Si la causa de la parálisis es tumoral, hay que efectuar la ablación del tumor.

La parálisis facial «a frígore», que es la más común, no tiene tratamiento especial; «es necesario saber esperar» (Rimbaud), pues la mayoría de ellas curan espontáneamente. Sin embargo, es necesario instituir desde el principio algún tratamiento, aunque sea sólo por razones psicológicas, pues la parálisis de Bell inquieta y desfigura al paciente. En la primera semana, el enfermo no ha de exponerse al frío. Un masajista, con las puntas de los dedos humedecidas en aceite de olivas, amasará durante cinco minutos, por la mañana y por la noche, los músculos de alrededor de la boca y ojo.

La rigidez molesta de la cara, como consecuencia de la exposición al frío, se alivia lavando el rostro con agua tibia.

En los casos de larga duración es útil aplicar una férula. Es un alambre de plata, uno de cuyos extremos se incurva por encima del pabellón de la oreja, y el otro, cubierto con un tubo de goma delgado, se coloca incurvado alrededor de la comisura de los labios. De esta forma, la mitad normal de la cara no puede tirar del labio del enfermo. Por la noche se puede prescindir de ella.

Si existe dolor, en los primeros días puede emplearse aspirina. La prednisona se emplea también. Se usa vitamina B_1, de 25 a 50 mg. diariamente. Vitamina B_{12}, a dosis altas.

La estricnina no es aconsejable, pues predispone a la contractura.

Algunos autores emplean salicilato sódico.

La *electroterapia ha de emplearse con precaución, puesto que, mal administrada, puede ser causa de contractura.* En aquellos casos sospechosos de contractura hay que abandonar dicha terapéutica. Se administra primero la corriente galvánica al estado continuo, durante dos minutos, sobre el punto motor de los músculos paralizados, empleando como polo activo el negativo. A continuación, si los músculos afectados responden a la corriente farádica, se estimulan, provocando contracciones musculares a razón de una por segundo.

La iontoforesis yódica se usa con electrodo auricular.

Para calmar las algias puede administrarse radioterapia profunda, 50 r. por sesión; ondas cortas, diez minutos por día, pues mejoran además la circulación y se reabsorben los edemas.

La contractura postparalítica se trata con OM-77, mefenesina e iontoforesis con curare.

Tratamiento quirúrgico

¿A qué enfermos debe intervenirse?

Parálisis establecidas desde hace dos años, menos, según algunos autores, unilaterales, con reacción de degeneración.

En aquellas en que se sospecha una sección completa del nervio facial (traumatismos, heridas quirúrgicas, etc.).

Procedimientos

A) *Sutura.*—En los casos de sección completa del nerivo, es el procedimiento mejor, porque puede obtenerse un restablecimiento total (Wietlen, Bumel). Desde el agujero auditivo interno hasta la bifurcación del tronco neural, en sus ramas terminales, no es posible la sutura, pues éstas son tan delgadas que no es factible esta técnica. En tal caso deben emplearse otros procedimientos.

En ciertas ocasiones, con tan sólo abrir el canal óseo con el escoplo, se repara la lesión. Si hay algún defecto entre el cabo periférico y central, se soluciona con un injerto de nervio músculo-cutáneo (Duel y Ballance).

B) *Injerto nervioso (anastómosis).*—Este procedimiento se intenta cuando no se puede efectuar la sutura directa del nervio. Consiste en unir el cabo periférico del facial, con el cabo central de otro par craneal (accesorio, hipogloso). No siempre da buenos resultados; en el caso favorable puede restablecer el tono y movimientos voluntarios de la cara.

Por otra parte, da un déficit del nervio empleado para efectuar el injerto.

C) *Neurotización de los músculos de la cara.*—Se emplea el procedimiento de Eriacher; para ello se unen en amplia extensión músculos inervados normalmente, con los paralizados, y con ello se crea una posibilidad de que se restablezca la inervación de los músculos deficitarios mediante el contacto que tienen estos músculos, con las fibras de los inervados normalmente (Rosenthal). Es necesario, para que la intervención no fracase, que los músculos inervados por el trigémino estén intactos, pues el masetero y temporal son los utilizados para la trasplantación.

D) *Extirpación de los ganglios cervicales superiores y sección del simpático cervical* (Leriche).—Se produce un síndrome de Horner artificial, cuyo objeto es provocar la caída del párpado, solucionando de esta manera el posible lagoftalmos. Ostrowe y Dobrzaniecki han conseguido resultados satisfactorios.

E) *Operaciones para sustituir la acción de los músculos paralizados.*—De los dos procedimientos que se usan, la plastia muscular y la aponeurótica, la primera es la más empleada, ya que no tan sólo logra una tracción, sino que también se obtiene una dilatación pasiva de los músculos paralizados, una movilidad y a veces se logra una neurotización.

RESUMEN

Tras una descripción anatómica del nervio facial, pasa a describir las causas que pueden ocasionar su déficit funcional, agrupándolas en congénitas, mecánicas, vasculares, infecciosas, tóxicas, carenciales, tumorales y degenerativas. Se expone la sintomatología que presenta la parálisis de Bell, prosoplejía o prosopoplejía, teniendo en cuenta la altura donde radique la perturbación del nervio, ya se trate de una alteración periférica o de una lesión de las vías centrales, haciendo así el diagnóstico topográfico para deducir de su localización y sintomatología el pronóstico, que dependerá de la causa y de la destrucción neural.

Finalmente, se exponen las bases del tratamiento médico, que ha de ser fundamentalmente etiológico; y el quirúrgico, que se intentará con aquellas parálisis que lleven ya dos años, sean unilaterales o con reacción de degeneración.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960

LA GRIPE Y OTRAS ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA VIRAL Y LA LEUCEMIA

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRÓ

ALICANTE

En un porcentaje grande de enfermos afectos de leucemia, tanto mieloide como linfoide, y en sus formas agudas y crónicas, la iniciación de la enfermedad ha sido provocada por una infección de etiología viral, que aunque aparentemente de escasa virulencia, ha sido lo suficiente para provocar la aparición de la enfermedad leucémica. Algunos investigadores, como GERARD, MOLINIER, REYBAUD y otros, citan casos de leucemias establecidas a consecuencia de una varicela. En otros casos personales de leucemia, han actuado como desencadenantes una hepatitis viral, sarampión, parotiditis, etc. KEYENBURG cita un caso de leucemia provocada por herpes zoster, aunque en nuestra casuística no tenemos ninguna leucemia provocada por dicha enfermedad y sí numerosos casos en que el herpes zoster ha intervenido, pero ya declarada la enfermedad leucémica, presentándose más bien como una complicación.

En nuestra casuística de enfermos afectos de leucemia hemos seleccionado unos cuantos, obteniendo además un tanto por ciento de enfermedades virales que han dado lugar a la eclosión de una leucemia: gripe, 25 por ciento; gripe asociada con amigdalitis, 20; amigdalitis, 16; varicela, 5; sarampión, 7; parotiditis epidémica viral, 2; hepatitis viral, 5, y causas no bien determinadas, 20 por ciento.

Dentro de los enfermos afectos de amigdalitis, el número de incidencias de leucemia es mucho mayor en los que se ha practicado la amigdalectomía, según constató MAS Y MAGRÓ en 1958.

A continuación, algunas historias clínicas correspondientes a leucemia en cuya iniciación han intervenido algunas de las enfermedades de etiología viral.

En las investigaciones hematológicas se han utilizado los métodos de coloración de Giemsa y el de peroxidasas.

SARAMPIÓN

CASO N.º 1. — Niña de 4 años. Por febrero de 1955, sarampión, con período prodrómico de unos diez días, con fiebre de 39°, aparece la erupción masiva típica, que persiste durante unos siete días, al final de los cuales persiste ligera febrícula de 37'5 durante unos diez días más, al cabo de los cuales viene un aumento de temperatura de 38'5°, con intensa cefalea, por lo que es diagnosticada de encefalitis consecutiva a sarampión. Este cuadro le duró aproximadamente unos ocho días, desapareciendo la cefalea y quedando febrícula y palidez, que persisten con tendencia a aumentar, con astenia.

En agosto del mismo año es observada por nosotros, presentando adenopatía en lado izquierdo del cuello y región supraclavicular. Sin esplenomegalia.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 2.000.000 por mm. c.; leucocitos, 9.600; plaquetas, 68.000.

En la fórmula leucocitaria presenta 92'2 linfocitos y 5'6 linfoblastos.

HEPATITIS VIRAL

CASO N.º 2. — Niño de 2 años. Por mayo de 1957, hepatitis viral, con ictericia generalizada; fiebre máxima, 28° durante tres días, que repitió a los ocho días. Todo el mes de junio, apirético, desapareciendo paulatinamente la ictericia. A principio de agosto, enterorragia y fiebre máxima de 38° durante cuatro días. Se le aplica una serie de transfusiones, quedando aparentemente bien.

En octubre del mismo año es observado por nosotros: Sin adenopatías, ligera esplenomegalia y fragilidad vascular.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 5.000.000 por mm. c.; leucocitos, 18.000; plaquetas, 60.000.

La fórmula leucocitaria presenta: 60 por ciento de linfocitos y 10 linfoblastos.

VARICELA

CASO N.º 3. — Niña de 6 años. En octubre de 1951, varicela; fiebre de 39-40° durante ocho días, y a partir de entonces, palidez, que va en aumento. Por marzo de 1952, adenopatía en región auricular e inguinal, y posteriormente, en región submaxilar y supraescapular. Petequias en región lumbar y muslos. Los traumatismos, por pequeños que sean, le provocan hematomas. Febrícula.

En julio del mismo año es observada por nosotros, presentando las adenopatías ya indicadas, petequias y ligera esplenomegalia.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 1.920.000 por mm. c.; leucocitos, 112.000; plaquetas, 16.200.

Fórmula leucocitaria con 84'8 por ciento de linfocitos y 2'6 por ciento de linfoblastos.

PAROTIDITIS EPIDÉMICA VIRAL

CASO N.º 4. — Niño de 4 años. A mediados de agosto de 1957, parotiditis epidémica viral en lado izquierdo, con fiebre durante cuatro días. A partir de entonces, palidez, astenia, inapetencia. Por septiembre, adenopatía en ambos lados del cuello, predominando el derecho con un ganglio del tamaño de una avellana, con fiebre de 38° durante dos días. Luego, apirético.

Observado por nosotros en octubre: Esplenomegalia moderada. Adenopatías generalizadas, y en cuello, el ganglio indicado antes.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 1.080.000 por mm. c.; leucocitos, 27.200.

Fórmula leucocitaria con el 79 por ciento de linfocitos y el 18 por ciento de linfoblastos.

SARAMPIÓN Y VARICELA

CASO N.º 5. — Niña de 7 años. Algunas epistaxis. Por marzo de 1953, sarampión con algunas epistaxis, durando la enfermedad unos quince días, apareciendo entonces varicela, con aumento de la fiebre, presencia de albúmina en la orina. Cedió, pero quedando febrícula hasta finales de julio. Por agosto, esplenomegalia. Durante los meses de septiembre y octubre, aparentemente bien, con aumento del apetito.

Observaciones realizadas con fecha 9 de noviembre de 1953: Acentuada esplenomegalia con borde inferior cortante a nivel del ombligo. Microadenopatía en cuello.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 3.800.000 por mm. c.; leucocitos, 400.000; plaquetas, 15.400.

Fórmula leucocitaria con el 90'4 por ciento de linfocitos y el 8'6 por ciento de linfoblastos.

AMIGDALITIS

CASO N.º 6. — Muchacha de 17 años. Frecuentes amigdalitis. Por julio de 1955, amigdalectomía. Después de la operación, fiebre de 39° durante una semana. A los pocos días, manchas purpúricas en miembros inferiores, especialmente en muslos. Astenia, palidez e inapetencia. Tratamiento con transfusiones de sangre, que hay que repetir con cierta frecuencia. Desde entonces persiste el mismo cuadro, hasta que por noviembre del mismo año es observada por nosotros, encontrándose intensa esplenomegalia.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 4.400.00 por mm. c.; leucocitos, 179.200.

Fórmula leucocitaria con el 8'6 de promielocitos neutrófilos; 4 por ciento de paramieloblastos; 17 por ciento de mieloblastos, y 3 por ciento de micromieloblastos.

CASO N.º 7. — Niño de 4 años. Frecuentes epistaxis. En el invierno de 1954, frecuentes amigdalitis con fiebre alta y algunas epistaxis. Por marzo, amigdalitis con fiebre alta durante unos quince días, quedando febrícula de 37'5°, que no cede a ningún tratamiento. Hace ocho días, fiebre de 40°.

Observado por nosotros en mayo de 1954: Adenopatía axilar en lado izquierdo y en región inguinal del mismo lado. Ligera esplenomegalia.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 3.560.000 por mm. c.; leucocitos, 6.200; plaquetas, 17.000.

Fórmula leucocitaria con el 90 por ciento de linfocitos y el 5 por ciento de linfoblastos.

GRIPE

CASO N.º 8. — Hombre de 20 años. Frecuentes epistaxis. Nunca molestias gástricas. A primeros de enero de 1960, gripe con fiebre máxima de 38° durante tres días. Quedó astenia e inapetencia que fue en aumento hasta que, con fecha 2 de febrero, intensa hematemesis, que repite dos veecs con melenas consecutivas en tres días. Sin molestias gástricas. Febrícula de 37'8°, con acentuada palidez y astenia.

Observado por nosotros con fecha 8 de febrero, no encontrándose nada a la exploración.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 2.500.000 por mm. c.; leucocitos, 22.800; plaquetas, 77.500.

Fórmula leucocitaria con el 3 por ciento de promielocitos atípicos y el 2 por ciento de mieloblastos.

CASO N.º 9. — Hombre de 41 años. Algunas epistaxis. Hace dos años, gripe, quedando febrícula de 37'5°. Posteriormente, algunas hematemesis de poca intensidad. Hace dos meses, una serie de hematurias que cedieron con transfusión de sangre. Antes de las transfusiones tenía 50.000 plaquetas. Astenia, palidez. Actualmente, bastante repuesto.

Observado por nosotros en mayo de 1959.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 5.000.000 por mm. c.; leucocitos, 10.000; plaquetas, 130.000.

Fórmula leucocitaria con 6'6 mieloblastos por ciento.

CASO N.º 10. — Niña de 5 años. Por enero de 1958, gripe, fiebre de 38° durante tres días. Por marzo, otra infección idéntica, y desde entonces, intensa palidez, inapetencia, algunos días con fiebre de 39°.

Observada por nosotros por junio, presenta microadenopatía generalizada.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 3.020.000 por mm. c.; leucocitos, 5.000; plaquetas, 128.000.

Fórmula leucocitaria con el 74 por ciento de linfocitos y el 16 por ciento de linfoblastos.

CASO N.º 11. — Hombre de 22 años. En octubre de 1957, gripe con 38-39° durante seis días. Desapareció la fiebre, pero quedó astenia, inapetencia y neuritis lumbar. Por septiembre, adenopatía en cuello, con febrícula de 37'2-37'5°.

Observado por nosotros en octubre de 1958, persistiendo la febrícula y la adenopatía. No esplenomegalia.

Investigaciones hematológicas: Eritrocitos, 5.000.000 por mm. c.; leucocitos, 23.600.

Fórmula leucocitaria con el 6 por ciento de mieloblastos.

COMENTARIO

Hemos presentado algunos casos de enfermedades virásicas que han actuado como desencadenantes de la enfermedad leucémica.

Es posible, en muchos casos, que el virus leucémico existiese ya en el organismo de una forma atenuada, sin dar síntomas clínicos ni hematológicos. También es posible que existiera en el individuo cierta labilidad en el sistema hematopoyético, que ha favorecido la penetración del virus leucémico. De todas maneras, para ello es necesaria una disminución de las defensas del organismo producida por la actuación de otro virus, en virtud del «fenómeno de la interferencia virásica», descrito por MAS Y MAGRÓ en 1954, confirmado posteriormente por GERMER, en 1955, y ADAMS, en 1957.

En efecto: si experimentalmente inoculamos, por escarificación, al cobayo sano, con sangre de enfermos afectos de una de las enfermedades virásicas descritas, por

ejemplo el virus de la gripe, no le causa efecto patógeno alguno. Ahora bien, si el cobayo está afecto de leucemia —por ejemplo, la forma mieloide crónica— por transmisión de la humana, y se encuentra en avanzada fase de remisión, prácticamente inactivada, y que la virulencia del virus leucémico está muy atenuada, hasta el extremo de que la inoculación de sangre desecada de este animal a otro sano no logra transmitir la lucemia al inocularle sangre por escarificación, en este caso el virus de la gripe, al ingresar en el organismo este virus, más o menos patógeno, produce, en virtud del «fenómeno de la interferencia virásica», una leucemia aguda mortal, precedida de una intensa astenia en los días anteriores a la muerte, debida a la reactivación del virus leucémico. Hecho que confirma plenamente los casos expuestos anteriormente.

RESUMEN

Se presentan algunos casos en que la aparición de la enfermedad leucémica ha sido determinada por el padecimiento anterior de una infección de etiología viral, que probablemente provocó una disminución de defensas que favoreció la penetración del virus leucémico en virtud del "fenómeno de la interferencia virásica" descrito por Mas y Magró, en 1954, y confirmado posteriormente por Germer, en 1956, y por Adams, en 1957.

BIBLIOGRAFÍA

1. ADAMS.—*Bull. New York Acad. Med.*, diciembre 1957.
2. HENLE, W.—*Journ. of Inmunology*, 64, 203. 1950.
3. MAS Y MAGRÓ, F.—*Arch. de Med. Exper.*, 15, 401. 1952.
4. MAS Y MAGRÓ, F.—«La leucemia». Edit. Morata, Madrid, 1953-1955.
5. MAS Y MAGRÓ, F.—«Diagnóstico de la leucemia». Edit. Científico-Médica, 1954.
6. MAS Y MAGRÓ, F.—*Arch. de Med. Exper.*, 17, 408. 1954.
7. MAS Y MAGRÓ, F.—*Galicia Clínica*, 30, 101. 1958.
8. MOLINIER, LARTIGAUT, CANTONE, MARTIN, GEINDRE et TRAISSAC.—«Varicelle et leucose». *Journal de Medecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 133, 180-181. 1956.
9. KEYENBURG, G. W.—«Zoster und Leukamie». *Zeits. für aut und eGs. Krank.*, 14, 190-193. 1953.
10. RAYBAUD, A., et FANTIN, J.—«Hemorrhagic Varicella and its relation to acute Leukemia». *Presse Medicale*, 66, 1.809-1.813. 1958.
11. GERMER, W. D.—«Enfermedades por virus». Edit. Morata, Madrid, 1955.

Dirección: P. Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960

NOTA PREVIA

TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS ESPONTÁNEOS EN PERROS, CON LÍQUIDOS OVULARES

POR

CARLOS MUNÁRRIZ ESCONDRILLAS
MÉDICO TITULAR

y

FRANCISCO JAVIER ARESO CORTADI
VETERINARIO TITULAR

CASCANTE (NAVARRA)

GENERALIDADES

El problema del cáncer, considerando con esta denominación todos los tumores malignos, puede exponerse, de una manera elemental, como la consecuencia de un predominio de estímulos o sustancias cancerígenas sobre sustancias anticancerígenas durante el proceso de regeneración celular. Este desequilibrio es necesario para que aparezcan y se multipliquen las células cancerosas.

La existencia de sustancias anticancerígenas parece evidente; son múltiples los estudios que confirman la destrucción y desaparición de productos cancerosos, injertos, etc., inyectados o tratados de implantar en organismos sanos.

Las sustancias o los estímulos cancerígenos, mejor conocidos que los anticancerígenos, son abundantes: endógenos, exógenos y tanto de naturaleza física como química y biológica.

El proceso fisiológico de más activa reproducción celular es, sin duda alguna, el desarrollo y crecimiento del huevo fecundado hasta el nacimiento del nuevo ser; en poco tiempo, un ser microscópico, prácticamente sin peso, alcanza en semanas o meses un peso de varios kilogramos y una organización perfecta. Meditando sobre este fenómeno, tenemos que sacar la conclusión de que durante este rápido desarrollo y reproducción celular, abundantísima y perfecta, tienen que disponer esas células de sustancias (?) reguladoras en gran cantidad.

Desde hace muchos años se conoce la semejanza de reacciones del organismo gestante y del enfermo canceroso [1], con la diferencia de que la neoformación cancerosa crece de una manera anárquica y lujuriosa, y, sin embargo, el huevo fecundado, con una reproducción celular más intensa, lo hace con maravillosa perfección y orden perfecto. MAUD-SLYE [2] observó experimentalmente que el crecimiento de los tumores en ratones gestantes era menor que en los no gestantes; BLUMENTHAL [3] afirma que el crecimiento de la neoplasia, detenido durante el embarazo, aumentaba frecuentemente cuando éste terminaba; PAVLOVSKY [4] sospcha que existe un factor hormonal en el timo y placenta que dirige con precisión la reproducción celular del óvulo hasta constituir el ser humano, que nunca nace con un tumor maligno.

No solamente al óvulo se le atribuyen sustancias reguladoras de la reproducción celular; también a los espermatozoides, por lo que ALBERTO CALABRESE [5] preconiza el tratamiento con células espermáticas fundándose en que el núcleo de las mismas tiene una capacidad rectora en la multiplicación de las células normales, tal vez a través de ciertos aminoácidos.

SCHARPLATZ [6] estudia la influencia del embarazo en el crecimiento del cáncer de cuello en las primigrávidas; concluye que al principio no se observa ninguna modificación especial, pero después del parto es cuando aparecen las lesiones destructoras graves.

Este efecto frenador que parece apreciarse durante el embarazo, se podría interpretar como resultado del paso a la madre de las sustancias reguladoras del huevo.

Pensando que desde los primeros momentos del desarrollo del huevo fecundado, hasta el nacimiento del nuevo ser, el embrión está rodeado de los líquidos ovulares, sustancias vitelina, alantoidea, amniótica, de tal modo que el feto se halla sumergido como el pez en el agua, y que no cabe duda que con los movimientos de deglución y respiración (?) intrauterinos son bañadas también las cavidades por el líquido amniótico, hemos creído que estos líquidos serían ricos en sustancias reguladoras de la reproducción celular, y con ellos hemos podido hacer las experiencias reseñadas a continuación.

Nosotros nos los hemos proporcionado de las matrices grávidas de oveja y cerda del Matadero Municipal de Cascante, que constituyen productos que abandonan los ganaderos. No los hemos tenido cuando hemos querido, ni hemos podido seleccionar de distintas edades de gestación, que estimamos de capital importancia, ni estudiar por separado los procedentes de oveja o de cerda.

Con la publicación de esta nota no intentamos convencer a nadie de que en estos líquidos ovulares existan sustancias anticancerosas abundantes y sumamente eficaces; nosotros somos los primeros que necesitamos más experiencias para poder convencernos de unos resultados sorprendentes y demasiado fáciles.

No sabemos si estos tumores malignos, comprobados anatomopatológicamente y que se han curado, tienen idéntica significación clínica y pronóstica que en el hombre; pero nos creemos obligados moralmnte a darlos a conocer.

En el período de un año hemos visto y tratado cinco casos, cosa extraordinariamente rara en un medio rural con una población canina de 150, todos ellos de tumores espontáneos.

TÉCNICA SEGUIDA

Nos traen del Matadero Municipal las matrices grávidas completas, y si son de oveja y no muy grandes, incindimos pared uterina hasta llegar a membrana amniótica; con los dedos se desprende ésta con facilidad, hasta encontrar el primer placentoma. Suele haber alrededor de treinta, diseminados y de diverso tamaño, en una misma matriz, desde poco más de una lenteja hasta como castañas; todos ellos tienen una depresión central por donde se invagina la membrana amniótica, dando una imagen parecida a la tela de un paraguas a medio cerrar. Exprimiendo suavemente, se despega la parte ovular de la uterina, a pesar de que ésta tapiza totalmente; uno a uno, desprendemos todos los placentomas y podemos extraer intacto todo el huevo, y permite, bajo el control de la vista, pinchar con un trócar, al que hemos practicado varios agujeros en distintas direcciones para evitar la oclusión del mismo al ser aspirada la tenue membrana; usamos una jeringa de doble corriente con sendos tubitos de goma; y aspirando del saco amniótico, tras-

ladamos el líquido a un frasco; si éste lo colocamos más bajo, después de dos o tres aspiraciones, puede vaciarse por sifón.

Terminado el líquido amniótico abundante, quedan pequeñas vesículas llenas (umbilical, alamtoidea), que a veces recogemos por separado y otras lo mezclamos con el amniótico.

Cuando la gestación está muy adelantada resulta difícil esta técnica y pinchamos a través de la matriz y después de disecar un pequeño ojal.

En las matrices de cerda, todas las cuales son de gestación muy joven (unos cuarenta días), hay también dificultad de disecar los diez o doce huevos fecundados, y solemos aspirar sin disecar, o algunas veces seccionar con bisturí o tijera todas las capas y hacer que caiga el contenido líquido sobre un embudo. Recogido así, presenta el líquido un tinte ligeramente sanguinolento.

Estos líquidos son de difícil conservación. Tal vez si se hiciese la recogida con asepsia perfecta, durarían más tiempo. Los guardamos en frascos cerrados, a la temperatura más baja pasible (no disponemos de frigorífico), y le añadimos estreptomicina (un gramo por 500 c. c.), o penicilina (400.000 U.), o una ampolla de sulfamidas inyectable; también hemos usado tetraciclina. Así se puede conservar cinco o seis días con garantía; sin embargo, sospechamo que el efecto terapéutico disminuye al pasar los días, aunque no se presenten signos de descomposición.

Colocamos los perros sobre una improvisada mesa inclinada, buscando la posición de Trendelemburg, atándoles previamente el hocico y colgándolos de las patas traseras en decúbito supino. Las inyecciones intraperitoneales las hacemos sobre fosa ilíaca derecha o izquierda, inyectando con el clásico frasco inyector; las intravenosas y las perifocales, con jeringa corriente, en la misma posición.

Alguna vez que hemos tenido abundancia de líquido, lo hemos dado a beber y nos ha sorprendido que lo toman con avidez.

Casuística e investigaciones realizadas

CASO N.º 1. — Perra «Lista», 17 kilos de peso, muy vieja. Tumores en mamas, metástasis de dureza ósea. Diagnóstico: carcinoma de mamas. Aullaba a las noches; ¿dolores?

Diagnóstico histológico: Se hacen dos tomas que se remiten a dos laboratorios. Un informe, *osteoma*; el otro, *adenocarcinoma.*

Biopsia, el 4 - III - 59. Del 17 al 21 de mayo de 1959, 20 c. c. de líquido amniótico intravenoso; día 23, 15 c. c. intraperitoneal; día 25, 40 c. c. ídem; días 26 y 27, 30 c. c. ídem; día 30, 50 c. c. ídem; día 4 de junio, 250 c. c. ídem; días 20 y 21, 200 c. c. ídem.

Esta perra toleró perfectamente este tratamiento; mejoró estado general, engordó, dejó de quejarse a las noches, al parecer, por cesar o disminuir su dolor. No se apreció mejoría local de sus tumores. El día 14 de julio de 1959 fallece con signos de intoxicación alimenticia.

Análisis histopatológico: En las preparaciones del tumor de mama se observa una neoformación epitelial atípica, con las características histológicas de un *adenocarcinoma*, si bien hay zonas que corresponden ya a un *carcinoma macizo* (Prof. R. Martínez).

CASO N.º 2. — Perro «Clavijo», 6'250 kilos de peso, joven. Tumor pediculado en pared de vientre, tamaño como una nuez; mamelones carnosos situados delante de pene, ligeramente lateralizado. No se puede observar bien por ser poco sociable. Cuando lo traen a casa, metido en un saco, el tumor había desaparecido; quedaba una ulceración del tamaño de una moneda de diez céntimos, con mamelones, fondo duro.

Diagnóstico clínico: (?)

Diagnóstico histológico: Se hacen dos tomas el 17 - V - 59. Un informe: *epitelioma nodular* (Servicio de Patología del Ministerio de Agricultura. Jefe del Servicio: Sanz Botija); otro: no se observan formas neoplásicas.

Los trocitos remitidos de los tres perros han sido incluídos en parafina y cortados en serie, realizándose tinciones con hematoxilina-eosina y Van Giesson.

Análisis histopatológico: En las preparaciones correspondientes al tumor de prepucio se observa un tejido de granulación con una infiltración intensísima de polimorfonucleares. En ninguna de las preparaciones observadas se han encontrado signos de tipo neoplásico (Profesor R. Martínez).

Los días 17, 18, 19 y 20 de mayo de 1959 se inyectan cada día 10 c. c. intravenosos, no observando ninguna modificación; el 21 se inyectan 20 c. c. intraperitoneal; el 22, gran mejoría, se repite la inyección; el 23, 15 c. c. ídem; los días 25 y 26, 20 c. c. ídem; el 27, totalmente curado, se le inyectan otros 20 c. c. intraperitoneales.

CASO N.º 3. — Perra «Olga», 25 kilos de peso, joven. Hace meses, dicen sus propietarios, observan tumoración como una nuez, en vulva.

Nos la traen el 26 - V - 59. Se aprecia un tumor pediculado, con pedículo bastante grueso. El tamaño del tumor, como una nuez, insertado en vagina.

Diagnóstico clínico: *cancroide de vagina.*

Diagnóstico histológico: Dos tomas. Un informe, *epitelioma pavimentoso*, y el otro, *epitelioma espino-celular.*

Análisis histopatológico: En las preparaciones del tumor de vagina se observan crecimientos de apariencia vegetante en los que aparecen neoformaciones del epitelio de revestimiento que penetran en la profundidad dérmica, con las características de un *epitelioma espinocelular* (Profesor R. Martínez).

El 26 - V - 59, biopsia, y se le inyectan 40 c. c. intraperitoneal; el 27, 30 c. c. ídem; el 4 de junio, 250 c. c. ídem. Los siguientes días carecemos de líquido amniótico, y el 14 de julio, que volvemos a tener, fuimos por ella para continuar el tratamiento y nos la encontramos totalmente curada.

En noviembre, después de tener perrillos, nos avisaron que querían matarla porque había mordido a varias personas. Conservamos en formol su vulva y vagina.

CASO N.º 4. — Perra «Chita», 6'500 kilos de peso. Hace meses observa su propietario tumoración sangrante, que sobresale por vulva.

Diagnóstico clínico: *sarcoma de Stique.* Implantación en vagina, sobre toda la superficie vaginal; ocluye casi totalmente vagina y uretra.

Diagnóstico histológico: *sarcoma de células redondas*, con gran cantidad de mitosis.

Biopsia, el 7 - II - 59, y 100 c. c. de líquido amniótico intraperitoneal. Se continúa inyectando sin regularidad, a razón de 200 c. c. intraperitoneal, cuando disponíamos de líquido; alternativas de mejoría y de empeoramiento, hasta los días 15, 16 y 18 de enero de 1960, en que se le inyecta a razón de 200 c. c. de líquido, y tras una mejoría rapidísima, apareció curada clínicamente el 20 de enero. Continuó así, sin tratamiento por no tener producto, hasta que el día 31 de enero nos percatamos empeoraba tan rápidamente como había mejorado.

No podemos precisar los factores que pudieron influir para mejorar con las inyecciones de los días 15, 16 y 18; tenemos anotado que ese líquido procedía de cerda de cuarenta días de gestación, extraído no por aspiración, sino seccionando los distintos huevos, haciendo caer todos los líquidos en un embudo de cristal y que los 700 c. c. obtenidos los mezclamos con una ampolla de Propeni de 400.000 unidades; pero el emplear antibióticos o sulfamidas para su conservación lo hacemos habitualmente.

Hemos continuado hasta hoy tratando, cuando podemos, a esta perra, que, aunque muy mejorada de su estado general —pesa 9 kilos—, su tumor continúa prácticamente estacionario.

CASO N.º 5. — Perra «Stuka», ocho años de edad. Su propietario nos cuenta que hacia el 20 de enero de 1960 le notó un tumor sangrante en vulva. Por su cuenta le puso 200.000 unidades de penicilina, que le mejoró, pero que a los cuatro días aparció con los mismos caracteres.

Diagnóstico clínico: *sarcoma de Stique*, de tamaño de una castaña, implantado en vagina.

Diagnóstico histológico: *sarcoma de células redondas.*

Análisis histopatológico: Cortes en congelación. Tinción: hematoxilina-eosina y Van Giesson. En las preparaciones obtenidas se observa una estructura que corresponde a un *sarcoma de células redondas.* Las mitosis son muy abundantes (Prof. R. Martínez).

Biopsia, el 12 - II - 60, y se inyectan 20 c. c., infiltrando la implantación del tumor y submucosa vaginal. El día 13, mejor, y se infiltran sólo 10 c. c. El 14, tan mejorado que no se puede coger el tumor con pinzas para facilitar la infiltración de 10 c. c. Los días 15, 18, 19, 20 y 21, igual dosis y técnica, y el 22, se puede considerar clínicamente curada.

Continuamos su observación y las pequeñas infiltraciones, cuando podemos, y sin poder predecir el curso que ha de seguir, nos ha sorprendido la rapidez y facilidad de su curación actual.

Agradecemos la colaboración prestada, al doctor Rafael Sánchez Botija, jefe del Servicio de Patología del Patronato de Biología Animal, y al doctor Ramón Martínez Pérez, catedrático de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Zaragoza, así como al profesor auxiliar doctor Eusebio Val Calvete.

RESUMEN

Se da cuenta de los favorables resultados conseguidos en el tratamiento de tumores malignos aparecidos en perros, utilizando líquido amniótico por inyección perilocal o intraperitoneal. Se describe la técnica seguida y se presenta la casuística habida, que abre favorables perspectivas para nuevas y más amplias observaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. NOVOA SANTOS.—«Patología General», t. I, pág. 285.
2. MAUD-SLYE.—Citado por Blumenthal, Klemperer, capítulo «Cáncer».
3. BLUMENTHAL, KLEMPERER.—Capítulo «Cáncer», pág. 826.
4. PAVLOSKY.—*Boletín de I. de Patología Médica,* febrero 1958, pág. 49.
5. CALABRESSE, A.—Publicación Gamir, octubre-diciembre 1949.
6. SCHARPLATZ, A.—*Síntesis Médica,* vol. VII, pág. 753.

Dirección: Cascante (Navarra).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960

MATERIA Y SEXO

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

COSMOLÓGICAMENTE, la vida es una razón de *inmanencia;* los otros dos principios que la condicionan: el de *espontaneidad* y el de *finalidad,* son subsidiarios del que reconocemos como primario. Dichos principios guardan tales correlaciones objetivas entre sí, que resulta muy difícil la distinción fenomenológica de los mismos.

Mas si por otra parte consideramos a los seres vivos ordenados a principios de generación y perecimiento, a ser y no ser, para repetirse indefinidamente en el tiempo y el espacio, por intermedio de ese eslabón de continuidad que es el ontoplasma germinal, se llega a un término en que la materia, en su simplicidad, es capaz de potenciar formas sistemáticas con arreglo a principios de unidad y finalidad.

Ahora bien; podemos preguntarnos por qué la materia, en su simplicidad corpuscular, como elemento universal y primario, se capacita a los más diversos seres minerales orgánicos y organizados con todos los principios que la dirigen. Desde la simple mezcla física hasta la delicada trama de células nerviosas con facultad representativa, media un abismo que nuestra razón reconoce pero que no puede analizar en sus detalles y principios determinantes. El eslabón que une y diferencia a los seres y que la naturaleza es tan pródiga en sus manifestaciones, reside en la materia como instrumento en cuyo conocimiento estamos comprometidos. La materia es una razón de ubicuidad fenomenológica; no por sí, sino por otro; y ese otro es lo que nuestro espíritu trata de indagar. Las formas, los modos, las apariencias, los fenómenos, lo que perciben y no perciben nuestros sentidos, la razón de nuestros propios sentidos, todo eso que es nuestro objeto de estudio, se queda muy por debajo de aquello otro que, siendo de otro modo, se nos oculta para que las cosas, los seres, sean como deben ser. Un determinismo físico-químico, otro vital, otro organizador de seres superiores, eso no es suficiente; el espíritu exige la materia, la experiencia. El espíritu sin materia es nada; la materia sin espíritu es caos. La materia en la vida ha llegado al más alto grado de codificación formal: es el mensaje de su más alta posibilidad. Por ello, aunque parezca paradójico, el espíritu, la razón, postula la materia desde todos sus ángulos, como ésta al espíritu desde todas sus categorías.

Conviene tener presente que la cosmología estudia la simple materia, su pura razón conceptual, dejando para el biólogo, no ya la materia, sino aquello otro que no es propiamente materia, sino cuerpo material, aunque pertenezca por su afinidad a la misma, como son los virus, los coloides y ontoplasmas germinales. La materia, cuando está celulada ya no es materia simple o corpuscular o elemental al modo cosmológico, sino un cuerpo, un ser, todo lo primario que se quiera; es un ser actualizado.

A pesar de ello, porque las células guardan el parentesco más próximo por su original relación con la materia que somos y nos envuelve, consideramos lo que sigue sobre la fenomenología genética.

Muy antes de que el virus, el coloide, el ontoplasma o cromosoma germinal y las células, se han constituído como entidades bióticas, muy antes, repito, los simples elementales se han conjuntado funcionalmente para su respectiva proyección biótica. No hemos llegado a esos estadios transitorios, a ese punto mutacional entre el simple y su categoría superior mineral orgánica, ni menos la viviente, ni tampoco esa entidad generadora que perpetúa la vida. Sin embargo, las experiencias actuales nos permiten gratas esperanzas sobre toda realidad mutacionl en sus más delicadas formas y momentos.

Concretándonos a nuestro punto de vista, el proceso generativo en principio obedece a factores de concurrencia causal que se especifican según leyes de circulación de energía en su doble dimensión: una mecánico material y otra teleológica o formal. Como toda célula embrionaria es un esbozo del organismo que procede, cuya copia se formaliza en el tiempo, biológicamente todo ser es una razón de devenir, o sea, una serie de formas potenciales que se actualizan evolutivamente, para dar lugar a los seres individuales. Por ello la materia viviente, en su recorrido morfogenético, adquiere un valor no sólo funcional, sino representativo *sui géneris* durante un tiempo y un espacio predeterminado para cada género, especie o clase, para después repetirse indefinidamente como tales; así, pues, los seres vitales son portadores de los factores que sintetizan todas las formas posibles de los seres que las originan en su doble proyección sexual.

Cosmológicamente, el hecho más real y aparente de la vida es su dismetría sexual, por llamar de algún modo dicha diferenciación, la cual forma un continuo en el tiempo y el espacio. Vitalmente, somos o pertenecemos a un sexo determinado: su pureza de expresión, su normalidad, representa una ley conforme a los principios que rigen los hechos naturales.

Ante el fenómeno sexual conferimos una categoría de correlaciones funcionales, en las que las leyes físico-biológicas se intercambian entre sí, por lo que dichas diferenciaciones son causadas por factores propios de la misma naturaleza de la materia viviente; se quiere decir que la simple materia por factores o causas predisponentes u ocasionales se proyecta en cualquier sentido sexual hasta tanto no se llegue a un control sistemático en la generación de uno u otro sexo. Quizá no esté lejana la experiencia de conseguir uno y otro sexo a voluntad.

La vida es síntesis de toda la fenomenología cósmica; en esta certeza me fundo para negar que tal o cual cuerpo o elemento, o complejo químico, sea el factotum de tal o cual razón de causalidad genética, diferenciadora o de evolución o morfogénesis. La vida es razón de concurrencia causal en salud y enfermedad, y ante el hecho de sus formas múltiples tenemos que admitir una condición en la materia; diré más concretamente, en el corpúsculo elemental en el sentido de su ubicuidad y poder de adaptación a los más diversos agentes causales de energía y movimiento.

Esta llamada y disposiciones a las fuerzas naturales es la que posibilita la vida en sus razones de multiplicidad y unidad, cuyo mecanismo íntimo constituye nuestras búsquedas y nuestros propósitos.

Ahora, si traspasamos el umbral en el que el corpúsculo se organiza como cuerpo observable, ese estado que la bioquímica llama micromolécula, sea de la naturaleza que sea, y que en nuestro caso se hace referencia a los cromosomas portadores de genes como elementos primarios en que las células se diferencian sexualmente y juegan un papel importante en los caracteres hereditarios; diremos que estos microelementos en la raza humana son en número de cuarenta y seis, distribuídos en todo el organismo en veintitrés pares, de los cuales cada uno comprende un cromosoma heredado del padre y un cromosoma heredado de la madre. Estos pares son los responsables del futuro sexual del nuevo ser. Ahora bien, en el caso de una hembra, el huevo lo constituyen dos cromosomas semejantes por su talla (cromosomas X). En el caso del huevo generador de un varón se dan dos cromosomas también, con la particularidad de que son de talla diferente, uno igual al de talla X y otro ligeramente más pequeño, que se designa con la letra Y.

Por lo tanto, el futuro femenino de un huevo humano está ligado a la presencia de dos cromosomas X, y el del masculino, a la presencia de un cromosoma X y de un cromosoma Y.

Se deducirá de esto que la fórmula cromosómica inicial se mantiene en el futuro de todas las células del individuo en todas sus divisiones y particiones, las cuales tienen la misión de la continuidad cromosómica, o sea, la potencia determinada del sexo desde su fase inicial u originaria, que en el caso del sexo masculino se encontrarán entre sus veintitrés pares el par X Y característico de su tipo sexual, y lo mismo en el caso del sexo femenino se encontrarán los pares X X característicos de la feminidad.

Estos hechos colocan a la biología ante horizontes insospechados que nosotros dejamos de lado, ya que filosóficamente una es la cosa experimental y muy otra la cosa conceptual, o sea, la razón e inteligencia que podamos discernir ante los fenómenos de la materia en su aspecto cosmológico.

Por lo tanto, ante la congruencia de los hechos biológicos, podemos llegar a términos en que el simple corpúsculo elemental, cuando por un determinismo causal adecuado se ordena en cualquier torrente vital, además de los caracteres *per sé* sustante-mutantes de los corpúsculos por los que se ordenan morfológicamente en el tiempo, tenemos que admitir una capacidad funcional *per accidens* por la cual se repite el género y la especie, o sea, la morfología originaria de cada ser de un lado y de otro, la propia del sexo a la cual pertenece el género o la especie.

El porqué de que los cromosomas X X sean los responsables del sexo femenino, y los cromosoman X Y sean los responsables del sexo masculino, desde el punto de vista de la sexualidad nos sitúa ante conceptos que precisan valoraciones críticas inéditas ante el tema de las propiedades nativas de los simples elementales que nosotros hemos asignado en otra ocasión [1].

Por todo lo dicho se infiere, desde un criterio cosmológico, que la determinación natural del sexo en la escala de los seres vivos es producto de factores determinantes por los que la simple condición del ontoplasma germinal es activa de modo ocasional en una doble corriente morfogenética, masculina o femenina, con la subsiguiente concurrencia de causas de plan y unidad según leyes de inmanencia cuyos términos evolutivos permanecen ocultos a los medios experimentales corrientes. El porqué de que los cromosomas X X femeninos son dominados orgánicamente

por los cromosmas X Y, y viceversa, para dar lugar a un sexo u otro, esta pregunta la dejo a la consideración de cada uno, en la seguridad de que la respuesta pertenece, por ahora, al secreto de la vida.

RESUMEN

Se exponen una serie de conceptos de orden cosmológico, en los que se estudia la materia en sus generalidades, para pasar después a ese nivel de superior expresión morfológica: las células cromosómicas con los genes, principios diferenciados u ontoplasmas germinales, que son el fundamento de las leyes que la ciencia genética trata de comprobar.

Dirección: General Franco, 66. Zaragoza.



[1] Véanse nuestras comunicaciones al III Congreso de Aproximación Filosófica-Científica: «Materia causante y materia mutante» y «Materia y determinismo».

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960

LIBROS

AUTORES EXTRANJEROS

HIPERTENSIÓN ARTERIAL, *por* G. W. PICKERING, *con un prólogo del profesor* A. PEDRO PONS; *revisión y prefacio del profesor* GIBERT-QUERALTÓ. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 608 páginas, con 106 ilustraciones, 5 en color, y láminas. Editorial Modesto Usón, Barcelona.*

PICKERING, profesor de Medicina en la Universidad de Londres, uno de los autores mundiales más distinguidos por sus publicaciones sobre los problemas de la hipertensión arterial, en extensa obra, revisa y pone al día la totalidad de cuestiones que giran alrededor y se relacionan con el signo de hipertonía circulatoria.

A lo largo de pasadas seiscientas páginas, abarcando veinticuatro capítulos, no hay tema que deje de tratar el distinguido profesor londinense; mas, en plan de síntesis, pudiéramos considerar la obra dividida en dos grandes partes: una, donde el autor explaya desde historia y significado de la presión arterial hasta la descripción de todo lo relativo a la denominada esencial, y una segunda donde estudia los diversos estados patológicos asociados a la hipertensión arterial o donde resulta síntoma predominante. Es difícil precisar cuál es la mejor parte de la presente publicación, pues, examínese por donde se quiera, sólo cabe adjetivarla con calificativos encomiásticos. Es posible que algunos capítulos pudieran motejarse de excesivamente prolijos, esforzándose el profesor Pickering en hacer revisiones exhaustivas de determinados puntos; pero no es menos cierto que todos los capítulos, cuando no los apartados, se terminan con un resumen de lo tratado y, lo que todavía resulta más aleccionador, con un previo y jugoso comentario recopilativo.

El autor nos entusiasma por su sinceridad y por su honradez expositiva. Demuestra ser un consumado maestro y dicta como lección la imperfección de nuestros conocimientos, la necesidad de estudiar y confrontar experiencias propias y ajenas, pues es mucho más lo que se ignora que lo conocido en este debatido campo de las hipertensiones arteriales. Otra de sus cualidades sobresalientes es la mesura, la objetividad en todos sus juicios, meditando y sobrepesando cualquiera de las múltiples incidencias que repercuten sobre los hipertensos, enfocando los problemas bajo un punto de vista bondadoso, considerando que tales pacientes son seres humanos a quienes hemos de procurar rodear de estímulos agradables, atemperándonos a sus proyecciones e ideales espirituales y rehuyendo el tiranizarles con regímenes y medidas que en la práctica no acusan favorables y definidas reacciones sobre las cifras que arrojan los diversos tensiómetros.

La determinación de la tensión arterial es un dato que ha de manejar todo médico en cualquier clase de sujeto o enfermo a quien reconoce; no existe práctico de la Medicina que pueda soslayar la cuestión; a todos interesan los temas que aborda el profesor Pickering, y no es menos cierto que los arduos problemas que plantea tal signo ofrecen en ocasiones intrincadas patogenias. Es, por lo tanto, la presente una obra dirigida principalmente al profesional de la Medicina con ejercicio práctico; pero en ella encontrará hasta el más engolado profesor datos útiles, si es que ya los conocía, extraídos de la rica cantera del autor, tras largos lustros dedicado a la clínica de las hipertensiones arteriales, estudiadas en el libro inmejorable que es el enfermo.

La obra se enriquece con unas acertadas indicaciones, sobre el tema, del maestro Pedro Pons, en el prólogo, y unas agudas dife-

renciaciones del profesor Gibert-Queraltó, en su prefacio, quien distingue: hipertensión signo, regida por los valores de la máxima; enfermedad hipertensiva valorable por la mínima, media o ambas a la vez, y enfermo hipertenso, quien no tolera la hipertensión. Realza, finalmente, el valor del libro la perfecta traducción del doctor Castañer Vendrell y la pulcra impresión de la Editorial Modesto Usón.—LUIS DEL CAMPO.

PSICOANÁLISIS Y ANALÍTICA EXISTENCIAL, *por* M. BOSS. *Traducción y notas,* por el doctor A. LINARES MAZA. *Prólogo del profesor* SARRÓ. *Segunda edición. Un volumen en 4.º mayor, de 191 páginas; rústica. Editorial Científico-Médica, 1959.*

SE trata de un libro muy notable por diversos conceptos, y aun podríamos añadir «fuera de serie» y, además, discutible. En el curso de sus densas páginas intenta el autor, profesor de Psicoterapia en la Universidad de Zürich, establecer una coincidencia entre el psicoanálisis de Freud y la analítica existencial de Heidegger. No logra, a juicio nuestro, aportar argumentos convincentes para su tesis, ya que resulta difícil concebir cómo una doctrina empírica, como la freudiana, que concibe al hombre como un ente aherrojado por sus instintos y con una conducta sujeta a un fatalismo determinante, puede armonizarse, ni siquiera iluminarse o enriquecerse, por una teoría puramente intelectualista, sin base científico-natural, que marcha abstractamente hacia la esencia del ser, y cuyo postulado básico está constituído por la aceptación de una casi absoluta libertad del ser humano. A pesar de todo, el profesor Boss emplea una dialéctica sumamente ingeniosa para defender su intento, demostrando un profundo y auténtico conocimiento de ambas doctrinas.

El mérito principal de la obra, escrita en una prosa suelta y enjundiosa a la vez, radica, a nuestro parecer, en el resumen crítico que hace del psicoanálisis, del que no acepta todos sus conceptos teóricos, y en la magnífica exégesis que en el capítulo quinto nos ofrece de la filosofía existencial, tan difícil de comprender y, por lo tanto, de vulgarizar. La cosa cambia, como ya hemos dicho, cuando quiere ensamblar ambas teorías, pretendiendo demostrar que el existencialismo está ya latente en Freud, a quien le faltó tan sólo una formulación explícita de su concepción del hombre. No creemos que la analítica existencial —ni siquiera en el «approach» a la clínica psiquiátrica que de la misma hace L. Binswanger— ofrezca una positiva utilidad en el tratamiento de los enfermos psíquicos. A lo sumo, puede aceptarse que el psicoterapeuta que comprenda bien el existencialismo dispondrá de un nuevo instrumento cultural que podrá ayudarle en la concepción teórica de la situación de sus pacientes. Esto ya es algo, ciertamente; pero, por el momento, no se columbra la posibilidad de una psicoterapia inspirada unívocamente en principios o métodos derivados de la analítica existencial.

El trabajo de Boss encierra gran mérito. Su lectura es apasionante, pero debe hacerse morosamente para que resulte provechosa. Es una valiosa aportación al acervo cultural de las ciencias del espíritu. La traducción del doctor Linares Maza es realmente ejemplar, pese a las dificultades inherentes a la abstrusa terminología heideggeriana, llena de neologismos alemanes, muy difíciles de verter a las lenguas romances derivadas del latín. Pero, además, el traductor ha enriquecido el texto con numerosas notas aclaratorias que demuestran sus profundos conocimientos en la materia. Como vemos, y lo probará quien lo leyere, nos sobraba razón al decir que se trata de un libro excepcional, fuera de serie, por múltiples motivos.—REY ARDID.

COLOQUIO DE LA UNIVERSIDAD «MC GILL» SOBRE DEPRESIÓN Y ESTADOS AFINES. *Canadian Psychiatric Association Journal, vol. 4, suplemento especial. Montreal, marzo 1959.*

EL tema del síndrome depresivo ha constituído siempre una de las mayores preocupaciones de los psiquíatras, tanto por su frecuencia como por su importancia social (peligro de suicidio) y por las dificultades que ofrecía a un tratamiento eficaz. Al principio, tan sólo el opio era capaz de aliviar a estos enfermos. Más tarde, el advenimiento de la cardiazolterapia de Meduna y, sobre todo, del electroshock constituyó un enorme progreso que contribuyó a disminuir la duración de las fases melancónicas, provocando su remisión en casi la totalidad de los casos. Sin embargo, la «sismoterapia» no deja de presentar contraindicaciones formales, inconvenientes y peligros. Por esta razón, las modernas investigaciones de «psicofarmacología» han encaminado muchos de sus esfuerzos a la tarea de encontrar un medicamento *timoplégico* de verdadera eficacia, que pudiera sustituir a los tratamientos convulsionantes.

Tras múltiples tentativas infructuosas, se ha llegado por fin a la síntesis de un derivado de la fenotiacina, llamado comercialmente «Tofranil» y cuya estructura molecular es muy semejante a la del Largactil. Dicho producto tiene una indudable acción antidepresiva, y aunque por el momento no puede decirse que ha resuelto, ni mucho menos, el problema clínico de las depresiones, significa, sin duda, un gran progreso.

Con objeto de establecer un intercambio de ideas, de opiniones y de experiencia sobre estos asuntos, se celebró en Montreal (Canadá), convocado por la «Mc Gill University», un importante coloquio los días 19 al 21 de marzo de 1959, al que concurrieron prestigiosos psiquíatras de Europa y América, y cuyo tema central era la *depresión* y los estados afines. En el tomo que comentamos se presenta un extenso resumen de los temas tratados y las discusiones acerca de los mismos, en los que puede decirse que se ponen al día los más importantes problemas, tanto psicosomáticos como clínicos y terapéuticos de los estados depresivos.—REY ARDID.

THE ANTI-GLOBULIN (COOMBS) TEST IN LABORATORY PRACTICE, *por* I. DUNSFORD y JEAN GRANT. *Un vol. (14 por 21'5 cm.) de 120 páginas, con esquemas y tablas. Precio: 12 c. Edit. Oliver and Boyd, 39a Welbeck Street, London W, 1959.*

EN un reducido volumen de 120 páginas los autores abordan en forma completa y sintética todos los aspectos relacionados con la prueba de Coombs, cuyo descubrimiento y práctica tanta importancia ha tenido en el desarrollo de la inmunohematología.

Después de una exposición teórica de los fundamentos en que el método se basa, los autores abordan de lleno el tema, dedicando buena extensión de la monografía al estudio de las técnicas de preparación de la antiglobulina y de «standardización» de los sueros.

La descripción de la técnica de ejecución del test se sigue de un capítulo, extraordinariamente valioso, sobre las causas de error, y finalmente se exponen en forma sucinta las amplias aplicaciones de la prueba en inmunohematología, bacteriología, medicina forense y veterinaria.

En su conjunto, la obra, que huye deliberadamente de lucubraciones teóricas y de farragosas revisiones bibliográficas, se revela como un documento vivido por los autores y ostenta en cada una de sus páginas ese alto sentido práctico, lleno de equilibrada ponderación, tan peculiar en la escuela hematológica inglesa actual, y que confiere a sus trabajos una gran calidad.—A. RAICHS.

MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM, *por* P. MICHON y F. STREIFF. *Un volumen (15'5 por 23'5) de 250 páginas, con 29 figuras. Edit. Masson et Cie., 120, Boulevard Saint-Germain, París. 1959.*

ESTE libro está escrito por dos distinguidos clínicos que no creen que, hoy en día, la macroglobulinemia sea un cuadro del dominio exclusivo del investigador, sino que, todo lo contrario, corresponde ya al clínico el reunir toda serie de datos procedentes del hematólogo, del químico, etc., y con ellos tratar de delimitar, dentro de la clínica, esta nueva enfermedad, de la que los autores exponen siete casos personales y comentan los ochenta que aproximadamente han aparecido claramente diferenciados en la bibliografía mundial.

El libro está dividido en tres partes: la primera, dedicada a un estudio histórico y a generalidades. En la segunda hace el estudio analítico de los distintos síntomas característicos de este proceso, tanto clínicos (hemorragias, trastornos renales, oftálmicos, neurológicos, etc.) como histológicos o bioquímicos. Considera que para un diagnóstico absoluto no es suficiente el aislamiento de una macroglobulina situada entre la alfa y la beta, con una constante de centrifugación entre 11 y 32 S., ya que esta globulina, en pequeña cantidad, puede existir en sujetos normales y estar aumentada en una serie de procesos secundarios, por lo que es imprescindible el hallazgo en medula roja del proceso proliferativo básico con células linforreticulares. En la tercera parte estudian las macroglobulinemias sintomáticas, estableciendo los criterios de diferenciación con la esencial. Establecen sus relaciones con otros procesos, como la leucosis linfoide, procesos neoplásicos y enfermedad de Kahler.

Exponen su opinión de que la macroglobulinemia de Waldenström debe situarse cerca del mieloma y dentro del grupo de reticulomatosis mielógenas con disgobulinemia.

Termina el libro con la exposición detallada, desde el punto de vista de clínica y laboratorio, de siete casos observados personalmente, así como con una extensa relación bibliográfica.—PEG JUARRERO.

LA DESEMBOCADURA ANÓMALA DE LAS VENAS PULMONARES, *por* A. CONSTANTINI y E. DALL'AGLIO. *Un volumen de 188 páginas. Edizioni Omnia Medica, Pisa, 1957.*

LOS modernos métodos de exploración radiológica y el cateterismo cardíaco han permitido el hallazgo de estas anomalías, que ya eran conocidas en 1739 por los hallazgos de la autopsia. Describen los autores lo que ellos llaman la desembocadura o anomalía total y la parcial. Mediante esquemas en colores, viene expuesta cada una de las anomalías. Hablan de cuatrocientos treinta y siete casos de la literatura mundial, doscientos treinta y nueve clínicos y ciento noventa y ocho de las autopsias. Los autores llevan a cabo un estudio total de estas anomalías en to quirúrgico, que hoy, dicen, con los moder-

to quirúrgico, que hoy, dicen, conlos modernos métodos de hipotermina y circulación extracorpórea, que permiten la visión directa, son muy satisfactorios.

La bibliografía es completísima, alcanzando trescientas dieciséis citas de trabajos sobre esta materia.

Los autores son médicos del Instituto de Patología Quirúrgica Especial y Propedéutica Clínica de la Universidad de Perugia, dirigida por el profesor L. Tonelli, siendo el Instituto Baldacci el que dio a la prensa este tratado para su publicación. El trabajo de ambos autores es digno de elogio y de un gran mérito.—SAMITIER.

PRACTICAL PROCEDURES IN CLINICAL MEDICINE. BIOCHEMICAL AND RADIOLOGICAL INVESTIGATIONS, *por* R. I. S. BAYLISS. *Un vol. (14'5 por 23 cm.) de 462 páginas, con 57 ilustraciones. Editado por J. & A. Churchill, Ltd. Londres, 1960.*

SE trata de la tercera edición. Como dice su autor en el prólogo, describe los procedimientos prácticos usados corrientemente en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos. La oportunidad de preparar esta nueva edición le ha permitido hacer una revisión completa del texto.

Consta de quince capítulos, dedicados a: I, Toma de sangre y aplicación de inyecciones; II, Tubo digestivo; III, Sistema cardiovascular; IV, Trastornos sanguíneos; V, Transfusión de sangre; VI, Administración de líquidos por vía parenteral; VII, Examen de orina; VIII, Pruebas de funcionamiento renal; IX, Alteraciones hepáticas; X, Trastornos del aparato respiratorio; XI, Sistema nervioso central; XII, Alteraciones metabólicas y endocrinas; XIII, Trastornos reumáticos y enfermedades afines; XIV, La radiología en la medicina clínica; XV, Miscelánea, que se refiere a amiloidosis, pesos atómicos, biopsias, cultivo de sangre, dietética, enfermedades infecciosas, miliequivalentes, tablas de dosis, pesos post-mortem, isótopos radiactivos, investigaciones serológicas, pruebas cutáneas, área superficial, pesos y medidas y vacunas y sueroterapia. Al final, una tabla detallando el volumen de sangre requerido y tipo de tubo utilizado para recoger muestras destinadas a practicar las pruebas serológicas y bioquímicas corrientes.

En el curso de esta obra, de fácil lectura aunque no se posean amplios conocimientos de inglés, se aprenden una serie de detalles interesantes para el médico práctico y, sobre todo, para el que, encontrándose más o menos aislado, tiene que completarse el diagnóstico por sí mismo con análisis y determinaciones complementarias.

Acompañan a esta obra, encuadernada en pasta, y con un buen papel, un índice bibliográfico por capítulos y otro alfabético de materias.—J. RIVERA.

MEDICINA DE URGENCIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, *por* FRANCIS D. MURPHY. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 467 páginas; encuadernación en tela. Editorial Pubul, Balmes, 127, Barcelona. 1960.*

LOS problemas más alarmantes con los que se enfrenta el médico práctico corresponden a los cuadros morbosos agudos y a las situaciones de urgencia que en ocasiones amenazan la vida del enfermo. En estas circunstancias es necesario poder realizar un diagnóstico rápido y poner en funciones una terapéutica de cuya exactitud va a depender muchas veces la evolución del cuadro.

El libro que ahora nos presenta la editorial Pubul, muy bien traducido por el doctor Moragas, es la obra de un profesional como el doctor Murphy, que ha pasado más de veinte años al frente de los servicios de urgencia del Hospital General de Milwaukee, contando, por tanto, con una extensa experiencia en los problemas que plantea la medicina de urgencia. Fruto de ella es este libro, en el que, de manera breve y con lenguaje práctico, revisa las normas de diagnóstico en toda una serie de situaciones clínicas en las que se requiere una actuación médica de urgencia.

La selección de los diferentes capítulos se ha hecho con un criterio amplio de forma, que prácticamente podemos considerar este libro como un auténtico manual para consultar a continuación de la primera visita que hagamos a un enfermo, sea o no urgente su caso. En cada situación se describe escuetamente la sintomatología, la etiología y, especialmente, el diagnóstico y las orientaciones de diagnóstico diferencial, parte ésta en la que se aprecia la gran experiencia del autor, por lo atinado de su juicio clínico. Un último apartado dedicado al tratamiento condensa de manera eficaz las normas terapéuticas a aplicar en cada caso.

Todo el libro está escrito con un estilo directo, buscando la eficacia y la utilidad inmediata para el que lo consulta. Huye deliberadamente de las citas bibliográficas, de las teorías patogénicas, de las normas terapéuticas de última hora, más brillantes que eficaces, que no hayan sido contrastadas por la práctica.

En una palabra, es un libro que va dirigido para el médico práctico y estamos seguros que éste encontrará en él un manual de consulta ante el enfermo, que le será de gran utilidad.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

NOUVELLE PRATIQUE CHIRURGICALE ILLUSTRÉE, *por* JEAN QUENU. *Fascículo XIV. Un vol. (18 por 27 cm.) de 266 páginas, con 222 figuras dibujadas del natural por P. Rivallain; rústica. Precio: 3.500 francos. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1959.*

CON las mismas características de exposición eminentemente práctica, profusamente ilustrada y de excelente presentación tipográfica, llega a nosotros el fascículo XIV de tan prestigiosa colección.

Siete son los trabajos agrupados en este fascículo, bajo los títulos y por los autores siguientes:

«Cura operatoria de una eventración hipogástrica», Jean Quènu; «Tratamiento operatorio de un quiste hidatídico del hígado por quistectomía parcial», Claude Dubost; «Tratamiento de la imperforación anal con fístula vulvar o ano vulvar», Assad Rizk; «Epididimectomía por tuberculosis», Louis Quènu; «Sutura por medio del tendón del plantar delgado, de los tendones cuadricipitales afectos de rotura traumática bilateral», François Dubois; «Plastia ligamentosa por esguince grave de rodilla», J. P. Dejouany; «Meniscectomía por rotura traumática del menisco interno de la rodilla», Jean Validire.

En todos y cada uno de ellos hay materia acreedora de un comentario. Mas esto no es posible. Ni tampoco seleccionar con arreglo a las preferencias del que comenta, para no poner en peligro la equidad del comentario. Enumerándolos simplemente, va mejor, y así el lector apreciará por sí mismo si hay algo de su particular interés. Y de haberlo, puede tener por seguro que no quedará defraudado.—SERAL.

SIXIÉME CONGRÉS INTERNATIONAL DE LA MÉDECINE D'ASSURANCES SUR LA VIE. La Haye-Scheveningue (Paysbas). *Un volumen (16 por 24'5 cm.) de 397 páginas; encuadernación en tela, con figuras, tablas y fotografías intercaladas en el texto. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint-Germain, París, VI, 1959.*

DA una lista de los miembros del Comité Permanente Internacional, en donde constan los nombres de los españoles doctores José Alemar (Barcelona), C. Collado y José Altamirano (Madrid), con un total de setenta y tres miembros, así como la lista de los miembros del Congreso, con dos españoles: doctores J. López Piniés y J. L. Segura Corrochano (Madrid), entre ciento cincuenta y cinco, a lo que sigue el programa del Congreso, los discursos de bienvenida por el presidente, doctor H. D. E. Hilders (Rotterdam); de apertura, por el profesor doctor F. Muntendan (La Haya), director general de Sanidad Pública de los Países Bajos, y alocución por el doctor J. Goffin (Bruselas), presidente del Comité Internacional para el Estudio de la Medicina de los Seguros de Vida.

A continuación, las ponencias, discusión y comunicaciones sobre los temas del Congreso, que han sido:

1. «Organización y responsabilidad del servicio médico de una sociedad de seguros de vida», por el doctor Jean Celice, médico jefe de la Compañía de Seguros de Vida Urbana (París).

2. «El pronóstico actual de la tuberculosis pulmonar», por T. W. Perton, Principal Medical Officer Prudential Asuranza C. Ltd. (Londres) y Erkki Larmola and Jorma Patiala (Hensinki).

3. «El pronóstico después de la nefrectomía», por Henry B. Kirkland (Nueva York) y R. Hubleur (Génova).

4. «El pronóstico de las hepatitis infecciosas», por H. Kalk (Kassel), M. Bjorneboe (Copenhague) y W. J. Bruius Slot (Rotterdam).

5. «La prevención de envejecimiento precoz», por S. Fiaudaca (Turín) y J. Clerens (Bruselas).

Dan a continuación una serie de breves comunicaciones sobre temas relacionados con el espíritu del Congreso y los actos finales del mismo. La solvencia de los autores nos exime de su crítica, que además sería por demás engorrosa y difícil de sintetizar y hasta interminable a través de tantos datos, estadísticas, gráficos..., y por ello nos hemos escuetamente propuesto dar esta relación a manera de programa felizmente realizado.

Es un alarde de organización y de desarrollo, y, como no podía faltar, publicado con un auténtico lujo editorial.—M. VICENTE CARCELLER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960

REVISTAS

EXTRANJERAS

APARATO CIRCULATORIO

MERLEN, J. F.—«BALISTOCARDIOGRAFÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA.» *(Balistocardiographie et chirurgie thoracique.) «Strasbourg Medical», núm. 1, enero 1958, págs. 17-31. Estrasburgo.*

LA balistocardiografía nació en una noche de insomnio del fisiólogo escocés Gordon, en el año 1877, al constatar con sorpresa que los latidos de su corazón eran sincrónicos con los movimientos de su cama.

Estos movimientos del cuerpo humano, imperceptibles a simple vista, deben ser ampliados antes de ser registrados, recurriéndose para ello al método indirecto de la mesa oscilante sobre la cual se acuesta el sujeto, o recurriendo al método directo mediante un lector electromagnético, fotoeléctrico o piezoeléctrico. Con ambos procederes los trazados son superponibles.

Basándose en su experiencia de los últimos cinco años, el autor ha llegado a la conclusión de que la balistocardiografía puede constituir un método simple y rápido para conocer la situación hemodinámica pre y postoperatoria en la cirugía cardiovascular y concretamente en las pericarditis constrictivas, coartación de la aorta, estenosis mitral e hipertensión arterial maligna.

Las pericarditis constrictivas limitan la actividad mecánica del corazón al crear un obstáculo a la circulación de retorno, dando trazados balistocardiográficos atípicos, con ausencia de la onda I y ensanchamiento con deformidad de la onda J. En el curso de la decorticación del trazado se normaliza el relleno diastólico.

En las estenosis mitrales no existen trazados balistocardiográficos lo suficientemente típicos y constantes para poder establecer por ellos mismos el diagnóstico de la valvulopatía, habiéndose descrito la pequeñez de las ondas I y J; la deformación de la primera; la exageración de las ondas L y N, etc. Por otro lado, las modificaciones hemodinámicas conseguidas por la comisurotomía sobrevienen tardíamente, término medio a los tres meses, y por todo ello la balistocardiografía aporta pocos datos.

El balistocardiograma de la estenosis ístmica de la aorta es típico como expresivo de la existencia de un obstáculo en el trayecto de al aorta, con retardo y disminución de la onda K y mayor amplitud y elevación de las ondas I y J, y su desaparición postoperatoria significa que se ha conseguido la permeabilización de la aorta.

En la hipertensión arterial, sobre todo en las formas malignas, el balistocardiograma revela una morfología particular descrita por Starr, con disminución de las ondas H, I e incluso de la J, y aumento y ensanchamiento de la onda K. Estas atipicidades no son específicas de la forma maligna de la hipertensión arterial; pero su desaparición bajo la influencia de la Hidergyna sirve para prejuzgar los resultados que se pueden esperar de una operación de Smithwick, si bien tardan varios meses hasta que se normalizan los perfiles balistocardiográficos, a veces precedido incluso de una corta fase de acentuación de la atipia.—F. SUÁREZ PALACIOS.

CHINI, V. (Bari).—«CONTRIBUCIÓN AL CONOCIMIENTO DE LA IMPORTANCIA DE LA INFECCIÓN FOCAL EN PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR.» *«Scientia Medica Italica», vol. IV, núm. 2, págs. 244-279. Roma, 1955.*

SE refiere, en síntesis, la experiencia personal sobre la importancia de las infecciones focales en patología cardiovascular. El autor se cuenta entre los primeros en poner en evidencia, con investigaciones sistemáticas, la afección miocárdica-coronárica de tonsilitis aguda y crónica, a través de investigaciones electrocardiográficas, pruebas de esfuerzo, respuesta a la estimulación de los focos infectivos o a la tonsilectomía.

Es probable que la patogénesis de tales afecciones sea referible en parte a una miocarditis toxi-infectivo-alérgica, en parte a fenómenos vasculares reflejos. También investigaciones experimentales confirman la existencia y la importancia de estos mecanismos patogenéticos.

Las infecciones focales pueden ser responsables también de cuadros morbosos más complejos cardiovasculares, que pueden tener gran semejanza con algunas dermatovisceritis malignas (llamadas enfermedades del colágeno). La afección difusa en el mesénquima es en estos casos documentada por el resultado de investigaciones sobre la labilidad plasmática y particularmente por la biopsia muscular. La biopsia muscular puede demostrar la presencia de alteraciones de las fibras musculares y de los intersticios, y particularmente de los pequeños vasos. Esto demuestra la existencia de un difuso sufrimiento del organismo y del aparato vásculo-conjuntival de frente a una infección focal crónica.

Es probable que la patogénesis de estos hechos sea muy compleja: tiene probablemente importancia la disprotidemia consecuente a una crónica y anormal estimulación y compromiso del sistema histiocitario hemoplasmopoyético; corresponde gran importancia a particulares capacidades reactivas alérgicas anormales del organismo frente a una infección focal crónica prolongada; quizá tengan importancia factores de orden inmunológico como la formación de auto-anticuerpos.—AUTORRESUMEN.

HEMATOLOGÍA

CETINGIL, A. I.; ULUTIN, O. N., y KARACA, M. (Estambul).—«PRESENTACIÓN DE ANTICOAGULANTE SEMEJANTE A LA HEPARINA, EN ASOCIACIÓN CON NEFRITIS CRÓNICA.» *(Heparin-like anticoagulant occurring in association with chronic nephritis.) «Brit. Med. Journ.», p. 38, 1959 (II). Londres.*

SE han descrito en la literatura una porción de casos de diátesis hemorrágicas debidas a la formación en el plasma de sustancias inhibidoras de los factores de la coagulación, unas veces como consecuencia de transfusiones sanguíneas, otras en el embarazo, otras originadas por algunas enfermedades (sífilis, tuberculosis, reumatismo, infarto de miocardio, pénfigo y lupus eritematoso, y un caso de nefritis crónica).

Los autores comunican el caso de un enfermo de 32 años, afecto de nefritis crónica, en el que se presentan hemorragias gingivales, epistaxis, hematomas subcutáneos y hemorragia subaracnoidea. Presentaba tiempo de hemorragia, retracción del coágulo y número de plaquetas, normales, y prolongados los tiempos de coagulación, de heparina, de protrombina y antitrombina, corrigiéndose «in vitro» estas anormalidades con la adición de sulfato de protamina y de azul de toluidina, e «in vivo», mediante la inyección de sulfato de protamina y dando además la titulación de protamina que la sustancia circulante era heparina o un cuerpo similar. La enfermedad evolucionó bien espontáneamente.—CIVEIRA.

PATOLOGÍA GENERAL

MALIMOVKA, N.—«SIGNO SEMIOLÓGICO RENAL.» *«La Semana Médica», t. 114, núm. 21, pág. 681, 21 mayo 1959. Buenos Aires.*

EL autor describe este signo, que busca de la siguiente forma: Se colocan las manos en la misma manera que en el procedimiento de peloteo, con una ligera modificación. La mano posterior, bien aplicada contra la pared lumbar, con el dedo medio un poco levantado del plano de los demás dedos. Si la tumoración está arriba, la mano anterior debajo del reborde costal hace ligera presión y controla el descenso de la tumoración, durante la inspiración. En este caso, la mano posterior percibe un deslizamiento encima del dedo medio.

Si la tumoración está abajo, el deslizamiento en la mano posterior se percibe practicando con la anterior ligera presión sobre la tumoración y empujándola hacia arriba.

El signo nunca estuvo presente en los casos de tumoraciones de los órganos intraperitoneales.—J. RIVERA.

PSIQUIATRÍA

MAZZEO, M. — «SOBRE LA SUBLIMIDAD DE LA ASISTENCIA A LOS ALIENADOS. FORMACIÓN DE LOS ENFERMEROS PSIQUIÁTRICOS.» *(Sulla sublimitá dell'assistenza ai mentali. Formazione degli infermieri psichiatrice.) «Rass. Neuropsich.», vol. XII, núm. 1, págs. 51-74. Salerno, 1958.*

INTERESANTE estudio crítico-histórico de la asistencia en Italia al enfermo mental, debido a la brillante y documentada pluma del director del Instituto de Higiene de Nápoles, doctor Mazzeo. El enfoque principal del trabajo está dirigido al problema de la asistencia psiquiátrica auxiliar, principalmente de los enfermeros de ambos sexos. Con una gran documentación histórica, el autor pasa revista a las diversas etapas por que ha ido pasando la asistencia al enfermo mental, íntimamente ligada siempre al concepto que del mismo han tenido los Gobiernos, la Iglesia, el vulgo y los médicos.

Señala la fundación y evolución de los principales manicomios de Europa (entre los que resaltan muchos españoles y algunos italianos), y cita al papa Gregorio XIV y al psiquiatra francés F. Pinel, como las personas que más directamente han contribuído a mejorar la suerte de los alienados. El primero, en pleno siglo XVI, con su famosa bula que abolió el concepto de endemoniados de tales

enfermos; y el segundo, al finalizar el siglo XVIII, quitando las cadenas a tantos desgraciados del Asilo de Bicètre.

La última parte de este extenso artículo está dedicada a la exposición de las normas por que debe regirse la construcción y organización de un sanatorio psiquiátrico moderno, así como del tipo de formación teórico-práctica a que deberán someterse los aspirantes a enfermeros psiquiátricos de uno y otro sexo. REY ARDID.

RADIOLOGÍA

LINDGREN, M. — «PROBLEMAS RADIOBIOLÓGICOS Y DOSIMÉTRICOS EN LA RADIOTERAPIA DE LOS TUMORES CEREBRALES. ESTUDIO EXPERIMENTAL Y CLÍNICO.» *Hospital Universitario, Lund (Suecia), 1958.*

EN este corto estudio del autor referido, se describen las alteraciones que puede presentar el cerebro producidas por las radiaciones, particularmente referido al estudio de la radiosensibilidad de los tumores cerebrales e incrementar de este modo el escaso conocimiento que se tiene sobre la radiobiología, tanto del cerebro como de los tumores intracraneales, dado que en estos últimos años han sido descritas alteraciones de partes del tejido nervioso aparecidas tardíamente en enfermos previamente irradiados terapéuticamente.

Es una lástima que esta separata no venga acompañada de los cuadros y figuras que se mencionan en el texto, ya que es imposible sin ellas sacar todo el provecho de tan interesantes investigaciones, que versan sobre temas tan interesantes como son las dosis tolerables de la piel y del tejido nervioso en las irradiaciones terapéuticas, tanto en animales de experimentación (conejo) como en el hombre, aportando nuevos datos sobre la pretendida radiorresistencia del tejido nervioso a las radiaciones. — F. MARÍN GÓRRIZ.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

THOMPSON, R. K. — «INCONSCIENCIA TRAUMÁTICA. UNA GUÍA EN LOS TRAUMATISMOS ENCÉFALO-CRANEANOS.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *vol. VII, núm. 26, págs. 268-274, abril-junio 1959. Quito (Ecuador).*

ESTUDIA el autor, dentro de la múltiple sintomatología del traumatizado craneal, el valor de la inconsciencia. Establece acertadamente un símil comparando a una escalera en cuyo extremo o peldaño superior se hallara la conciencia completamente lúcida, y en el inferior la profunda y permanente, muy emparentada con la muerte, traducida también en una clasificación de donde de menos a más consigna: automatismo, confusión, delirio, estupor, coma. Analiza al detalle, describiendo la sintomatología de cada uno de estos cinco estadios, relacionándolos con las consecuencias del traumatismo, que subdivide en factores inmediatos (conmoción cerebral sin cambio estructural, magullamiento cerebral, laceración del cerebro, hemorragias petequiales del cerebro, alteraciones de la continuidad de los huesos que forman el cráneo) y retardados (edema, hemorragia intracerebral, hemorragia de los planos meníngeos, alteraciones de la circulación cerebral). Termina su interesante trabajo señalando algunas orientaciones prácticas desde el punto de vista terapéutico.—LUIS DEL CAMPO.

PEDIATRÍA

RIERA ZUBILLAGA, A., y SANOJA, T.— «MANIFESTACIONES PLEUROPULMONARES DE LA INFECCIÓN POR ESTAFILOCOCOS EN EL NIÑO.» «*Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*», *vol. XXI, núm. 60, julio-septiembre 1958.*

APOYAN su trabajo los autores justificando cómo este proceso es cada vez más frecuente, sobre todo en la infancia.

Por otro lado, sus características propias tienen trascendencia también.

Presentan los autores siete casos, de los cuales, dos tienen manifestaciones pulmonares puras; uno, con pleuresía difusa masiva; uno, con pioneumotórax, y tres casos de forma mixta.

El tratamiento se basa en su carácter precoz, la investigación del antibiótico más eficaz «in vitro», el empleo de la terapéutica polivalente y la persistencia del tratamiento, dado el carácter receptivo que tiene el germen causal.

Hubo una muerte en un niño con broconeumonía secundaria a una ósteomielitis, que posteriormente hizo un pioneumotórax bilateral. La duración de la enfermedad fue muy prolongada.—A. MALLÓU LABRADOR.

GUZMÁN BLANCO, B. — «TRATAMIENTO DE LOS ANGIOMAS.» «*Archivos Venezolanos de Pediatría*», *vol. XXI, núm. 60, abril-junio de 1958.*

INTERESANTE en verdad este trabajo del doctor Guzmán. Interesante, porque todo él es una advertencia a quienes de una forma bastante optimista, demasiado optimista quizá, se lanzan a tratar los angiomas de los niños con una radioterapia demasiado alegre, que luego puede traer consecuencias graves para que se proceda con esta imprudencia en un problema tan vital como lo es el de las secuelas cancerosas posibles de estos tratamientos mal llevados.

Divide el autor su importantísimo trabajo en varios capítulos, y lo clasifica en angiomas en general y hemangiomas en particular, incluyendo entre los primeros el hemangioma, el linfangioma y el higroma quístico linfangítico de naturaleza *benigna*, y el endotelioangio-sarcoma de naturaleza *maligna*.

En el tratamiento del primero, o hemangioma, que es el más frecuente de todos, estudia las radiaciones, la cirugía, las inyecciones esclerosantes y la aplicación de nieve carbónica.

Lo clasifica en cavernoso, capilar y mixto.

Y es el capítulo de las radiaciones el que consideramos de un gran interés, por todo lo que ya indicamos anteriormente.

Efectivamente, con las radiaciones el resultado es inmediato y excelente a la corta; pero no sucede lo mismo *a la larga*.

Todas las ventajas de una eficacia estética estupenda y de un efecto curativo rápido tienen tardíamente el peligro de una fibrosis o una esclerosis retráctiles, así como marcada telangiectasia, lo cual, muchas veces, constituye, desde el punto de vista estético, un defecto peor aún que la enfermedad.

Por otro lado está el peligro óseo. Efectivamente, el *hemangioma* es tributario principalmente de los niños. Con el empleo de las radiaciones se corre el peligro de detener parcial o totalmente el hueso subyacente originado; así, asimetrías más o menos desfigurantes.

Y el peligro más trascendental es el de los carcinomas de radiación; y recuerda el autor cómo el doctor Hayer Martin, de Nueva York, consiguió reunir ciento ochenta casos de cáncer de radiación de cabeza y cuello consecutivos al tratamiento por lesiones benignas, tales como hipertricosis, pieles grasosas, acné, etcétera.

Las radiaciones, y esto es lo peor, fueron administradas por radiólogos y dermatólogos de reconocida competencia.

También nos recuerda el autor cómo después de estudiar en numerosos casos la dosis administradas y las técnicas de su empleo, el desarrollo del cáncer no dependía de éstas, sino de la susceptibilidad individual a las radiaciones.

El doctor Martin dirigió entonces una carta, exponiendo el terrible problema, a dos dermatólogos destacados de Nueva York. Ambos tuvieron la misma reacción optimista y contestaron a Martin que en el libro publicado por ellos se encontraban descritas las dosis y las técnicas que empleaban para evitar la terrible complicación.

Sin embargo, *antes de transcurrir dos meses* acudieron a la consulta de Martin otros tres enfermos que, tratados por estos dos dermatólogos mediante su método röntgenterápico, presentaban epitelioma de la piel de la cara. Los enfermos fueron entonces referidos a los dermatólogos con la biopsia positiva.

Nos extendemos muy especialmente en esta referata porque ella es digna de la mayor atención. Sabemos de muchos y muchos niños que padecen hemangiomas y han sido tratados peligrosamente con la röntgenoterapia; tan es así, que nosotros mismos los hemos enviado al dermatólogo para que éste procediera a su irradiación, y estamos arrepentidos y preocupados por esta determinación tan ligera después de leer este interesantísimo trabajo.

Por otro lado, tenemos los trabajos de Pack, que insiste en la contraindicación rotunda para el uso de las radiaciones en el tratamiento de los hemangiomas cuando éstos están situados cerca de los ojos, ya que en muchos de estos casos han sido citadas y descritas cataratas e iridociclitis de radiación, las cuales, según este autor, en numerosas ocasiones son inevitables por mucha que sea la protección dada al ojo y por más cuidadosas que sean las técnicas empleadas.

En el Memorial Center, el Servicio de Cabeza y Cuello de Martin y el Servicio de Tumores Mixtos de Pack tienen una consulta semanal para niños, donde se ven aproximadamente doscientos casos de angiomas y se *puede decir que las radiaciones están abolidas.*

En cuanto a la cirugía, no da resultados más favorables que las radiaciones. Porque la cirugía de los hemangiomas, sobre todo los cavernosos, casi siempre es seguida de recidiva local.

Tienen más importancia estética. Se trata de un procedimiento más favorable para corregir las alteraciones estéticas consecutivas a otros métodos más eficaces y sencillos.

Las *inyecciones esclerosantes* son el método de selección para los hemangiomas cavernosos. Se consigue curación por esclerosis, sin el peligro de las secuelas peligrosas.

Sus inconvenientes son: el resultado estético mediocre (completar tratamiento con cirugía), el tratamiento muy prolongado (meses y hasta años), las inyecciones son muy dolorosas, y si fue muy superficial la inyección, necrosis de la piel. El autor emplea inyección de morruato de sodio, de 1 a 3 c. c., según las dimensiones del tumor.

La aplicación de la nieve carbónica constituye el tratamiento ideal de los hemangiomas capilares. Cuando es capilar puro, basta una aplicación, y el resultado estético y tardío inmediato es excelente.

Algunas veces se necesitan dos o más aplicaciones.

Las aplicaciones las realiza el autor dando al hielo seco la forma de la lesión y apo-

yándolo sobre ésta con una presión moderada durante, aproximadamente, quince segundos.

En los hemangiomas de tipo mixto, es decir, cavernosos y capilares, alternan las inyecciones esclerosantes con la nieve local.

El *linfangioma* es similar al hemangioma cavernoso, y es el método de elección, a juicio del autor, el método esclerosante con cirugía posterior plástica.

El *higroma quístico linfangítico* debe tratarse quirúrgicamente.

Por último, el *angiosarcoma* tampoco tiene otro tratamiento que el quirúrgico (no responde a las radiaciones), y va desde la simple escisión hasta las amputaciones radicales.—A. MALLÓU LABRADOR.

CASTELLANOS, MARTÍNEZ CRUZ, MARTÍNEZ CRUZ y VALLADARES.—«NUEVOS ESTUDIOS SOBRE LA INFECCIÓN BACTERIANA DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS ABDOMINALES Y TORÁCICOS EN LA DIARREA INFANTIL AGUDA.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. XXXI, núm. 2, febrero de 1959.*

LOS autores estudiaban los gangliocultivos mesentéricos y torácicos de las necropsias realizadas todo lo más quince minutos después del fallecimiento de niños que murieron a consecuencia de un síndrome diarreico agudo.

Comparan los estudios del trienio 1954-57 con el que realizaron en el bienio 1945-47.

Su trabajo se basa en que, encontrada una flora completamente distinta, consideran importante dar a la publicidad sus últimos resultados.

La experiencia les demuestra que la permanencia del material séptico en refrigeración o en nevera, a una temperatura cercanas a los 5 grados, eran estériles a las doce horas, mientras que suministraban cultivos positivos a E. coli patógenos o salmonellas, inmediatamente de su recolección en el cadáver recién muerto.

Mientras en 1949 el 79 por ciento de los casos daba una bacteriología positiva, la positividad en 1954-57 fue sólo del 41 por ciento, es decir, la mitad.

En los cultivos se encontraron monilias y estafilococos patógenos ausentes en 1949, y una producción aún mayor de pseudomonas oureoginosas.

En los casos estériles se piensa en un factor virus como agente etiológico del proceso mortal entérico.

Todo ello concuerda con el factor de la virosis, cada día más importante en el mundo entero como factor etiológico de las diarreas infantiles.

Y destacan los autores, al final de su interesante trabajo, la necesidad de estudiar este problema, cada día de más actualidad.—A. MALLÓU LABRADOR.

TISIOLOGÍA

FILOGRANA, V. (Nápoles). — «LA POSICIÓN ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL.» *(La posizione attuale della tubercolosi intestinale rilievi anatomo-istologici.)* «*Arch. di Tis. e Mal. App. Resp.*», *14, 321. 1959.*

NO cabe duda, dice el autor, que la tuberculosis intestinal y su patología se nos presenta con nuevos perfiles cuantitativos y cualitativos, demostrando aspectos morfológicos peculiares y tendencia evolutiva claramente orientada, por la nueva terapéutica antibiótica hacia la reparación y curación.—SAMITIER.

TIGANO, F.; RUSSO, G., y CUATROCCHI, G. (Mesina).—«ESTUDIO COMPARATIVO DEL COMPORTAMIENTO DE LA PROTEÍNA C, DE LAS SEROPROTEÍNAS Y DE LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.» *(Studio comparativo del comportamento della proteina C, delle sieroproteine e della velocitá di eritrosedimentazione nella tubercolosi polmonare.)* «*Arch. di Tis. e Mal. App. Resp.*», *14, 438. 1959.*

REALIZAN la investigación en un grupo de setenta y un enfermos. Concluyen que si bien la investigación de la proteína C es un medio útil para el estudio de la actividad de la enfermedad y útil para vigilar un tratamiento, no se debe prescindir de otras pruebas útiles hasta la fecha. No hay relación entre el tipo anatomopatológico de las lesiones activas y el comportamiento de la proteína C reactiva. En el total de formas en actividad fue positiva la reacción en el 54'3 por ciento de los casos. Se encontraron con proteína C normal y aumento de la velocidad, y viceversa.—SAMITIER.

CURCI, G.; SENIS, F., y MONTELA, A. (Nápoles).—«LA ACTIVIDAD DEL ETILTIOSULFATO SÓDICO EN LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL DEL COBAYO.» *(L'attività dell'etiltiosolfato sodico nella tubersolosi sperimentale della cavia.)* «*Arch. di Tisiol. e Mal. App. Resp.*», *14, 535. 1959.*

EL etiltiosulfato sódico tiene escasa actividad «in vitro»; pero «in vivo» se ha demostrado su acción antituberculosa en cobayos infectados con gérmenes tuberculosos sensibles o resistentes a la estreptomicina. El fármaco viene rápidamente metabolizado en el intestino, con formación de mercaptanos a los que se debe probablemente la actividad antituberculosa.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960
CONGRESOS Y SOCIEDADES

COLOQUIO SOBRE «PRESTIGIO Y EFICACIA DE LA AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION», CELEBRADO EN EL INSTITUTO DE ESTUDIOS NORTEAMERICANOS

ORGANIZADO por el Instituto de Estudios Norteamericanos de Barcelona, se celebró el anunciado coloquio, con la participación del doctor Vidal-Teixidor (director de la Sección de Medicina del Instituto), el señor Rodríguez Soriano (asesor letrado de la Unión de Hospitales de Barcelona), el doctor Trías de Bes (presidente del Colegio de Médicos de Barcelona), el doctor Soler Durall (doctor of Public Health de la Universidad de Yale), el doctor Aragó (presidente de la Sección de Estudios sobre Hospitales y promotor de estos trabajos en nuestro país), el doctor García Tornel (director del Hospital de la Cruz Roja) y el profesor Sarró, que actuó de «chairman» del coloquio y dirigió la discusión que la importancia de los temas tratados suscitó entre el numeroso público asistente.

Todos los participantes estuvieron de acuerdo sobre la necesidad urgente de modificar la actual organización hospitalaria española. Esta se caracteriza por notables virtudes humanas y técnicas, pero adolece de graves insuficiencias en la organización y planificación.

La relación del hospital con la comunidad a la cual debe servir, es deficitaria; la misma estructura interna de nuestros hospitales obedece a concepciones que no han evolucionado al compás de los avances extraordinarios habidos en la Medicina y en la Sanidad en los últimos años. Esto esteriliza y menoscaba la extraordinaria labor y calidad técnica del trabajo del médico de hospital, que tan generosamente se entrega al mismo, y en último término repercute sobre la figura central del hospital: los enfermos.

La Mesa estudió y analizó las causas que mantienen este estado de cosas. La ciencia hospitalaria, como la Medicina misma, son universales; por eso es posible aplicar en España los conocimientos ya clásicos de organización hospitalaria o los que la «American Hospital Association» ha contribuído tanto. Se señalaron como causas graves mantenedoras de la actual situación la persistencia de ciertas actitudes anacrónicas fundadas en egoísmos o falta de conocimiento de estos problemas. Estas actitudes mantienen la falta de comunicación entre los departamentos de los hospitales e impiden la concepción unitaria y funcional de los mismos. Fruto de ello es la ausencia de lo que podríamos llamar conciencia institucional, de donde arrancan todos los demás males.

En el coloquio se ofrecieron soluciones. Que nuestros hospitales se reorganicen técnicamente. Que sus órganos de gobierno sean responsables y autoanalicen y comparen la labor del hospital, periódicamente. Que el funcionamiento esté preestablecido mediante reglamentos bien concebidos que reflejen lo que el hospital debe ser. Que señalen responsabilidades y que fuercen la comunicación por canales previstos. Es fundamental la adecuada departamentalización de nuestros hospitales. Que los dotemos de departamentos de dietética en que se racionalice la alimentación y con ello se colabore positivamente a la curación de los enfermos. Que recuperen el sentido social mediante asistencia social, con lo que se hará una Medicina más humana, no limitada al episodio agudo de la enfermedad, sino llegando a las propias raíces de la misma y ayudando al enfermo a su readaptación social. Que nuestros hospitales sean archivos centrales en que se recoja toda su experiencia, fácilmente consultables, con lo que se facilitará el autoanálisis y las enseñanzas. Que no se limiten a curar enfermos, sino que prevengan la curación de la enfermedad, especialmente de las enfermedades crónicas, mediante departamentos de Medicina Preventiva, donde practiquen exámenes de salud, etc.

El coloquio puso en evidencia que existe un excelente clima entre la población para comprender y desear esta reforma, y así lo demostraron las intervenciones del público. En este sentido, nuestras más altas jerarquías no se encuentran solas en su íntimo esforzarse por llevar estas ideas al ánimo de nuestras instituciones en aras del bien común.

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 18 DE JUNIO DE 1959

MARTÍ ABIZANDA, J. — «COLANGIOGRAFÍA OPERATORIA.»

EL conferenciante resume sus impresiones relacionadas con el V Congreso de Cirugía del Mediterráneo Latino, celebrado en Venecia los días 23, 24 y 25 de mayo, al cual asistió como representante de la Escuela de Patología Digestiva del doctor Gallart. Describe la organización y horario de las tareas científicas e insiste sobre la tercera ponencia, «Patología y clínica del colédoco terminal», por ser un tema muy discutido y estudiado en la Escuela.

Detalla la ponencia, las intervenciones de destacados especialistas y las réplicas del ponente, doctor Soler Roig, de Barcelona.

A continuación explica la importancia de la colangiografía, la técnica, la sustancia de contraste y la vía de elección de la inyección, las posibilidades de error, la interpretación correcta y las imágenes de odditis, cálculos, pancreatitis, neos de páncreas, etc. Proyecta colangiografías con la imagen típica de pata de cangrejo, cálculos de Oddi, falta de repleción por barro biliar, imágenes lacunares por cálculos, *stop* en el hepático, imagen infundibiliforme en la pancreatitis, neo de papila, bujía invertida, fondo de saco, etc.

Insiste sobre la imagen en barba después de practicada la papilotomía. Es una imagen engañosa de dificultad de paso a la sustancia de contraste a través de la papila, simulando especialmente la presencia de un cálculo y la imagen de pata de cangrejo con una sola rama. Esta imagen ha sido observada en el Servicio de Gallart-Esquerdo.

SESIÓN DEL DÍA 2 DE JULIO DE 1959

RECODER CLAVELL, L.—«HERNIA DIAFRAGMÁTICA DEL COLON A TRAVÉS DEL HIATO DE MORGAGNI.»

EL interés de este caso radica en la rareza de tales hernias, en comparación con las que se fraguan a través del hiato esofágico.

Se trata de una enferma de 22 años de edad, entre cuyos antecedentes familiares es de interés recalcar la existencia de labio leporino en el padre y una hermana. El único antecedente personal es una hernia inguinal, de la que fue operada hace un año.

El cuadro clínico, que data de unos dos años, se reduce a intensos ruidos hidroaéreos en la región epigástrica por la mañana, en ayunas, y ardor que desde la región xifoidea se extiende hasta la retroesternal media, a las dos horas de todas las comidas. Las molestias no se modifican con los cambios posturales; no hay alteración del fisiologismo intestinal.

La exploración radiológica permitió el diagnóstico antes de administrar papilla opaca, al visualizarse haustras cólicas supradiafragmáticas. El enema opaco pone de manifiesto la herniación transdiafragmática de todo el colon transverso a través de un orificio anterior al hiato esofágico, lo que se confirmó administrando papilla opaca por vía oral.

La intervención quirúrgica corroboró el diagnóstico, siendo fácil la reposición del colon a su situación normal y el cierre de la brecha diafragmática.

Se revisa la anatomía del diafragma, especialmente lo que se refiere a sus inserciones anteriores, y se termina con unos comentarios sobre el diagnóstico radiológico de este tipo de hernias diafragmáticas.

SESIÓN DEL DÍA 8 DE OCTUBRE DE 1959

GALLART-ESQUERDO, A. — «CÁLCULO DE LA VESÍCULA BILIAR ALOJADO EN UN SEUDODIVERTÍCULO DEL CUELLO DE LA MISMA.»

SE trata de una enferma de 41 años, casada, con dos hijos sanos. Desde hace diez años aqueja dolor poco intenso en hemiabdomen derecho, que le repite cada mes o mes y medio, sin otros síntomas, y que se le calma con calor. Hace cuatro años, apendicectomía, sin resultado. Desde hace tres años evacua pastoso tres o cuatro veces al día, con dolor abdominal y ruidos hidroaéreos. Desde entonces, pesadez o malestar en el hipocondrio derecho, que se le irradia a la espalda y la escápula derechas.

La exploración clínica es negativa. La colecistografía oral revela vesículas visibles con un cálculo como una aceituna, a nivel de la región cística, dando la impresión de que está fuera de ella. La pielografía descendente demuestra que el cálculo es extrarrenal. A rayos X, estómago y duodeno normales, estando el cálculo junto al *genu superius* y, al parecer, en inminencia de provocar una fístula colecisto-duodenal.

Se aconseja la intervención quirúrgica, cuanto antes mejor.

Pasadas cuarenta y ocho horas, la paciente aqueja una epigastralgia intensa con hipotensión, taquicardia (130), síntomas de colapso periférico y defensa muscular acusada en el hipocondrio derecho. No mejora con una inyección endovenosa de buscapina-compositum, pero todo el cuadro clínico, incluso la defensa muscular, remiten a los diez minutos de una inyección subcutánea de dolantina.

La intervención quirúrgica, practicada dos horas más tarde, revela que el cálculo estaba alojado en un gran seudodivertículo del cuello de la vesícula, sin pericolecistitis. Páncreas normal. Colecistectomía. Colangiografía transcística, normal. Curso postoperatorio, sin incidentes. Alta a los nueve días.

SESIÓN DEL DÍA 22 DE OCTUBRE DE 1959

GRAÑÉN RASO, S.—SESIÓN DE DIVULGACIÓN PSICOLÓGICA.

SE proyecta la película «Nations mental health» (producida por las revistas *Time* y *Life*, de la serie «March of the time», film U. S. I. S.), en la que relatan los diversos elementos puestos al servicio de la higiene mental para los ciudadanos de diversos países. Se hace especial mención a los Estados Unidos, y concretamente a Topeka (Kansas), donde se muestran los servicios con que cuenta una de las mejores clínicas psiquiátricas mundiales: la Meininger. Con detalle la cámara revela cada una de las técnicas con las que la moderna ciencia psicológica trata de ayudar a los sujetos afectos de trastornos emotivos y caracterológicos en diferentes grados de intensidad (psicosis y neurosis varias). Las técnicas de psicoterapias breves, psicodrama, psicoterapia de grupo, técnicas psicológicas de entrevista, aplicación de varias pruebas psico y sociométricas, psicoterapia profunda (psicoanálisis), etc., así como la vida interior de una moderna institución de este tipo, especialmente orientada a la formación de especialistas y técnicos, médicos y auxiliares, se halla expuesta con el mayor detalle y con un ritmo cinematográfico que no fatiga al espectador no versado en la especialidad.

SESIÓN DEL DÍA 5 DE NOVIEMBRE DE 1959

SERIÑANA BAYER, J. M.—«TUBERCULOSIS INTESTINAL.»

EL autor, después de estudiar la localización de las lesiones, la vía de propagación, la anatomía patológica, la clínica y el tratamiento, refiere la historia clínica de una mujer de 30 años, afecta de reiteradas crisis suboclusivas; a rayos X se comprobaron múltiples niveles en el intestino delgado, con zonas dilatadas. Ingresa en nuestro Servicio hospitalario y se le practica intubación intestinal; la inyección de contraste yodado, a través de la sonda, reveló una estenosis ileal. En la intervención quirúrgica se encontró un tumor estenosante del íleon, de aspecto tuberculoso, a 40 centímetros de la válcula íleocecal; se practicó la exéresis seguida de anastómosis términoterminal en un plano. La histología de la pieza operatoria demostró tuberculosis folicular productiva. El curso postoperatorio fue excelente, dándose de alta a la enferma a los quince días. A los dos años sigue perfectamente y ha ganado 20 kilogramos de peso.

SESIÓN DEL DÍA 12 DE NOVIEMBRE DE 1959

SALLERAS, V.—«COMENTARIOS A UNA ESTADÍSTICA DE LITIASIS BILIAR.»

SE revisan cien casos sucesivos de litiasis biliar (setenta y cinco mujeres y veinticinco varones). En general, se trata de procesos crónicos; sólo siete casos son agudos.

La edad oscila entre 40 y 60 años (la edad máxima corresponde a una mujer de 79 años, y la mínima, a un hombre de 23), siendo la promedia de 42-43 años. En estos cien casos la mortalidad ha sido nula.

Las operaciones realizadas fueron las siguientes:

1.º *Colecistectomía simple.*—Se ha practicado en cuarenta y nueve enfermos (treinta y ocho mujeres y once hombres). Tiempo promedio de estancia hospitalaria, diez días. Hallazgos operatorios: dos colecistitis agudas, una de ellas alitiásica; dos colecistitis subagudas alitiásicas, una de ellas con pancreatitis crónica; una colecistitis crónica alitiásica; las restantes son vesículas calculosas, dos de las cuales eran histológicamente neoplásicas; de esto se deduce la necesidad de recurrir sistemáticamente al examen anatomopatológico. En todos los casos se recurrió a la colangiografía operatoria, excepto en ocho; en cuarenta, las vías biliares eran normales; en uno, el colédoco terminaba en punta (colecistitis con pancreatitis concomitante), pero el contraste pasaba bien al duodeno.

La técnica quirúrgica ha sido siempre la misma, excepto en los dos casos siguientes: uno, diagnosticado por el urólogo de quiste solitario del riñón derecho, fue intervenido por lumbotomía; en el curso de ella se puso de manifiesto el error diagnóstico, siendo requeridos para efectuar la colecistectomía; la

realizamos aprovechando la lumbotomía; se trataba de colelitiasis. En el otro caso, por duda preoperatoria con un proceso renal, se utilizó la vía transversa, resultando ser una colelitiasis neoplásica.

2.º *Colecistectomía más coledocotomía.* — Se ha practicado en cinco enfermos (tres mujeres y dos hombres). Tiempo promedio de estancia hospitalaria, veinticuatro días. Hallazgos operatorios: dos colecistitis agudas con colédocolitiasis; una colecistitis crónica escleroatrófica; dos colecistitis crónicas calculosas. En todas se hizo colangiografía operatoria, menos en una colecistitis aguda supurada con cálculos coledocales palpables; en tres, la imagen colangiográfica fue dudosa; en otro había imagen de cálculo. En todos los casos se dejó tubo de Kehr y se dilató la papila por vía endocoledocal.

3.º *Colecistectomía más coledocoduodenostomía.*—Se practicó en tres enfermos (dos mujeres y un hombre). Tiempo promedio de estancia hospitalaria, doce días. Hallazgos operatorios: dos colecistitis crónicas calculosas con pancreatitis crónica, y una estenosis coledocal post-Billroth I. En dos casos se practicó colangiografía operatoria; en uno reveló la imagen típica de pancreatitis crónica, y en otro, una estenosis coledocal yuxtaduodenal.

4.º *Colecistectomía más papilotomía transduodenal.*—Se practicó en treinta y seis enfermos (veintiocho mujeres y ocho hombres). Hallazgos operatorios: catorce colecistitis crónicas calculosas; catorce colecistitis crónicas calculosas con colédocolitiasis; un hidrocolecisto; dos colecistitis crónicas escleroatróficas; cuatro colelitiasis con odditis crónica, y una colecistitis aguda supurada. Sólo en un caso no pudo recurrirse a la colangiografía operatoria, por dificultad del servicio de rayos X. En cuanto a la técnica, diremos únicamente que en dieciséis casos la papila fue identificada a través del cístico, y en los veinte restantes, previa coledocotomía; en doce de estos últimos se cerró el colédoco, y en los otros ocho se dejó un Kehr, es decir, en el 78 por ciento se practicó colédocorrafia; en siete, el duodeno se cerró en dos planos, y en los veintiocho restantes, en uno sólo, seromucoso. Estancia promedia en los que se dejó Kehr, veinte días; en los que se efectuó colédocorrafia, doce días. La única complicación sobrevino en un caso en el que el papilotractor de Lasala produjo una fístula colédocoduodenal, que se solucionó sola; desde entonces hemos abandonado tal instrumento.

5.º *Coledocotomía más papilotomía transduodenal.*—Se ha practicado en cinco casos, todos mujeres. Hallazgos operatorios: dos colédocolitiasis residuales (una de ellas operada por nosotros antes de la serie que comentamos), dos odditis esclerosas postcolecistectomía, una estenosis doble del colédoco (a nivel del cístico y del colédoco distal) postcolecistectomía. En todos los casos se recurrió a la colangiografía operatoria. En cuatro se deja Kehr, y en uno se cierra el colédoco. En todos, el duodeno se cerró en un plano. La estancia hospitalaria mínima, de trece días, corresponde al que se cerró colédoco; en los restantes oscila entre veinte y veinticuatro días.

Así, pues, se ha efectuado papilotomía en el 40 por ciento, y desde junio pasado, en el 50 por ciento. En las cuarenta y una papilotomías sólo se dejó Kehr en doce.

Por ahora, el cierre del colédoco nos proporciona muy buenos resultados (simplificación y acortamiento del postoperatorio).

6.º *Coledocotomía más coledocoduodenostomía.*—Sólo se ha practicado en un caso, mujer operada anteriormente, en otro Servicio, de colecistectomía con drenaje coledocal con Kehr; estaba afecta de una estenosis cicatrizal debida al empleo del Kehr; la coledocoduodenostomía resolvió el cuadro.

7.º *Colecistostomía.* — Sólo la practicamos en un hombre de 23 años, con cálculo solitario de vesícula. El resultado lejano es bueno.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

REUNIONES DEL CUERPO FACULTATIVO

SESIÓN DEL DÍA 11 DE MARZO DE 1960

CONDOMINAS PEREÑA, J.—«COMENTARIOS SOBRE UN CASO DE LIPOSARCOMA HEPÁTICO.»

SE presenta un caso de lipoangiosarcoma, al parecer primitivo, de hígado, del que se ha creído interesante comentar la historia, dada la extraordinaria rareza de este tipo de tumor hepático.

SOLER SALA, J. M.—«VALORACIÓN CLÍNICA DE LOS HALLAZGOS OFTALMOSCÓPICOS EN LOS SÍNDROMES DE HIPOTENSIÓN.»

BREVE exposición sobre las distintas clasificaciones más en boga sobre las retinopatías hipertensivas. Exposición de las imágenes que se observan al examen oftalmoscópico, y su significado, así como la mejor forma de clasificarlos para ser útil al internista cardiólogo y al cirujano vascular.

Proyección de unas diapositivas como ejemplos prácticos.

TRIADÚ, I.—«DISFAGIA POR ENFERMEDAD DE STEINERT O MIOTOMÍA ATRÓFICA.»

EN el síndrome disfágico han de tenerse en cuenta dos hechos fundamentales, lo que representa la disfagia propiamente dicha y lo determinado por la dificultad en la deglución.

En el primero, los alimentos pasan directamente por la boca, deteniéndose a una altura determinada del esófago. Cuando existe dificultad en la deglución, los alimentos no pueden pasar directamente de la boca hacia el esófago. Al deglutir se atragantan los enfermos, con expulsión por la boca o nariz de lo ingerido, aunque en parte puede pasar a las vías digestivas.

Se necesita una buena ritmia funcional neuro-muscular buco-faríngea-esofágica para conducir el bolo alimenticio en buena dirección, sin escape nasal o faríngeo, por adecuada coordinación de movimientos reflejos.

Uno de los procesos que pueden provocar disfagia al iniciarse la deglución es la enfermedad de Steinert o miotonía atrófica, caracterizada por atrofia muscular con síntomas miotónicos. Uno de los caracteres es la presencia de trastornos a la deglución y de los músculos respiratorios, lo que indica una participación de la fibra muscular lisa.

En la historia clínica que presentamos, de un hombre de 52 años, la disfagia se debe a una incoordinación en la deglución, con paso de la pasta baritada en el momento de la ingesta al árbol bronquial y esófago, con atragantamiento y expulsión de parte de lo ingerido.

Las imágenes radiológicas demuestran que la papilla pasa al esófago y simultáneamente rellena la faringe con el receso ariteno-epiglótico, embadurna el epiglotis, que queda bien dibujada, y por debajo de la misma se observa un paso de papilla hacia la tráquea, así como la bifurcación y bronquios de cada pulmón, pasando parte al esófago.

El examen neurológico confirma con el electromiograma y biopsia del deltoides el proceso indicado.

Actualmente, después de pasados algunos años, la imagen broncográfica por ingesta no se ha repetido, habiendo respondido bien al tratamiento a que se le sometió.

HEREDIA TOVÍAS, J.—«EL PRONÓSTICO DE LAS LUMBOCIATALGIAS POR DICOPATÍA, SEGÚN NUESTRA CASUÍSTICA.»

TANTO el diagnóstico como el tratamiento de las lumbociatalgias discogenéticas son temas profusamente tratados. En cambio, no ocurre lo propio con el pronóstico, sobre todo en la iniciación de la enfermedad, y en este sentido, a expensas del estudio de cincuenta y ocho casos, en el que intentamos una teoría.

Basando la referencia inicial en diversos signos y síntomas, y calificando de «buenos» aquellos casos en los que obtiene un resultado favorable antes de los seis meses de evolución, y de «malos» aquellos que persisten después de este tiempo o recidivan, hemos observado (en condiciones similares de tratamiento, desde luego) lo siguiente:

1) La lumbociatalgia es más rebelde en el sexo masculino.

2) Las lumbociatalgias del lado izquierdo resultan, en un 20 por ciento más, ser de mayor duración que las del derecho.

3) Los pacientes cuyo sacro está en posición verticalizada alcanzan un 26 por ciento más de malos resultados que aquellos cuyo sacro es normal.

4) En los casos en que las carillas articulares de las apófisis vertebrales tienen una dirección oblicua en el lado afectado, dan un 56 por ciento superior de malos resultados que los que la presentan sagitales.

5) Juzgando radiológicamente la amplitud del agujero de conjunción a nivel del disco degenerado: en los casos de normalidad, el resultado ha sido bueno; si estaba disminuído el diámetro de dicho orificio, la resultante es un 33 por ciento de casos malos, y si el agujero de conjunción está radiológicamente usurpado por la apófisis articular, el número de malos resultados llega al 50 por ciento.

Estos datos parecen indicar que:

El sexo masculino, la localización izquierda, la verticalización del sacro, la oblicuidad de las carillas articulares apofisarias vertebrales y la reducción del agujero de conjunción, a expensas de la basculación hacia delante de las apófisis articulares superiores, son causas de prolongación del curso de las lumbociatalgias llamadas de origen discal.

MANCHÓN AZCONA, F.—«VALOR PRÁCTICO DE LA CINERRADIOGRAFÍA.»

SI bien las experiencias sobre cinerradiografía empezaron el siglo pasado y siguieron continuamente en su perfeccionamiento hasta nuestros días, esta técnica radiológica no habría llegado a pasar del terreno experimental al de la práctica diaria, de no haberse descubierto el llamado «intensificador electrónico».

Los problemas más importantes con que tropezaban los experimentadores anteriores al intensificador electrónico eran fundamental-

mente dos: poca luz en la pantalla de radioscopia y poco detalle en la imagen. Otro inconveniente era la gran cantidad de radiación que había de recibir el paciente. Con el intensificador electrónico la luz ha aumentado de ochocientas a mil veces, y el detalle es comparable al de una buena radiografía. La radiación recibida por el enfermo es diez veces menor que la de una radioscopia habitual.

El intensificador electrónico apareció presentado por una firma europea en el Congreso Internacional de Radiología celebrado en Copenhague el año 1953. En numerosos centros de radiología ha sido instalado, y la experiencia sobre radiocinematografía aumenta de día en día.

Las ventajas e indicaciones de la radiocinematografía incorporada al trabajo diario de radiodiagnóstico derivan esencialmente del registro del movimiento. La película proyectada permite estudiar determinado fenómeno indefinidamente (la radioscopia no puede prolongarse indefinidamente). La comparación al cabo de cierto tiempo, si se hace por radioscopia, deberá basarse en la memoria del observador, mientras que con la cinerradiografía, no. Un fenómeno de aparición y desaparición fugaz como, por ejemplo, la formación de un divertículo, de un espasmo, etc., puede pasar desapercibido a la radioscopia y será difícilmente registrable en la radiografía. Los fenómenos funcionales que por el espesor del enfermo y pequeño tamaño de la imagen no son visibles por radioscopia, como, por ejemplo, el funcionamiento excretor del colédoco, el paso del contraste al peritoneo en la histerosalpingografía o la movilidad articular de ciertas regiones perfectamente estudiadas con la röntgencinematografía. Las imágenes que por su pequeño tamaño no se distinguen por radioscopia, como, por ejemplo, un nicho ulceroso, y que solamente se hace visible en edterminada incidencia o en determinado momento de reflexión, difícilmente y sólo por casualidad se registrarán en la radiografía; en cambio, la radiocinematografía las detectará con precisión. Las imágenes de superposición enmascaran algunas veces la visualización correcta de determinada región, como, por ejemplo, la articulación occípito-atlantoidea, siempre cubierta por el occipital o los huesos de la cara, el bulbo duodenal superpuesto a la tercera porción, con la cinerradiografía las superposiciones de elementos anatómicos en movimiento (movimientos propios o provocados) son fugaces. Además se produce un efecto como de relieve que quita valor a las sombras superpuestas.

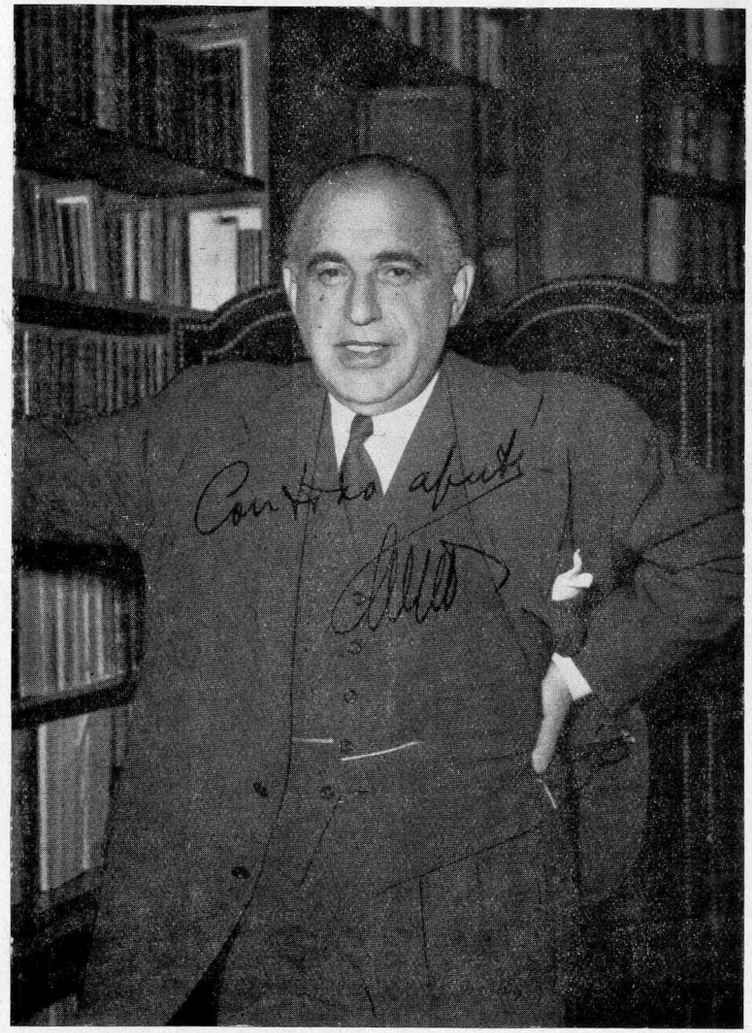
Resumiendo, las indicaciones de la cinerradiografía derivan, por una parte, de la posibilidad de registrar fenómenos de movimiento rápido, como el relleno de cavidades cardíacas o vasculares con los contrastes, formación fugaz de espasmos y divertículos, regiones en que la papilla opaca pasa con mucha rapidez como región faringoesofágica, etcétera. Por otra parte, se derivan de que los movimientos hacen poco molestas las superposiciones, que en digestivo son causa de que no se visualicen las lesiones en algunos casos, y en regiones esqueléticas complejas, como la charnela occípito-atlantoidea o la articulación témporo-maxilar, las superposiciones impiden su estudio, que con la cinerradiografía se facilita.

Si a los casos clínicos que presentamos en la proyección que acompaña esta comunicación, y que mejor que ninguna descripción darán idea de las aplicaciones diagnósticas del cine; si a esto, repetimos, se añade la ventaja de poder estudiar los enfermos cómodamente instalados, frente a la pantalla de proyección, sin prisas y sin temor a la irradiación ni al cansancio del enfermo, comprenderemos la gran ventaja del método.

Con la cinerradiografía se ha abierto un nuevo camino del diagnóstico radiológico, que ya ha dado sus frutos pero que en el futuro llegará a ocupar un lugar preeminente, porque hay toda una patología, la funcional, que hasta ahora no se había podido estudiar. La patología dinámica, a través de la imagen röntgen, es todo un nuevo campo por explorar por falta del instrumento que la registrase, y hoy tenemos ya dicho aparato.

Es, pues, gran responsabilidad la nuestra al empezar el nuevo camino.

HOMENAJE POSTUMO



Excmo. e Ilmo. Sr. D. GREGORIO MARAÑON

1887 - 1960

LA LECCIÓN DE UNA VIDA

Con Marañón desaparece una figura que ininterrumpidamente, en lo que va de siglo, ha venido alcanzando un primer plano de actualidad en la vida intelectual española, debido a su múltiple y portentosa actividad. Tan es así, que después de Cajal, no hemos tenido ante el mundo otra figura tan representativa de la ciencia española.

Dotado de cualidades excepcionales, supo destacar en todos los terrenos, principalmente por su afectuosidad y trato exquisitamente humano, sencillo y cordial dentro de un portentoso equilibrio. Esta ponderación, ese equilibrio maravilloso, esa sensación de claro juicio y entendimiento de los hechos y de las cosas que se percibe en todos sus escritos, es la mejor lección que nos ha dejado de su paso por la vida.

Decía Cervantes que la pluma es lengua del alma, y en este sentido Marañón, tanto en sus escritos como en su trato, con espíritu ampliamente generoso, ha mostrado siempre amor, comprensión, tolerancia, deseo de darlo todo y ser útil a los demás.

Fue, ante todo, un médico excepcional que tuvo siempre la profesión en una alta estima. En ella destacó como observador atento e investigador capaz, mereciendo indudablemente haber alcanzado un Premio Nobel de Medicina por sus notables descubrimientos clínicos en la patología tiroidea, en la insuficiencia suprarrenal, en la patología de la hipófisis, en sus conceptos sobre la evolución de la sexualidad y los estados intersexuales, en sus apreciaciones sobre reumatismo, etc., etc., que le hacían acreedor a la admiración y deuda universal.

Como médico daba una extraordinaria importancia al interrogatorio del enfermo y a su exploración, al diagnóstico de impresión y al diferencial; escuchaba atentamente a todos sus compañeros y afirmaba que sólo en el enfermo estaba la verdad y en el médico el error. Exhortaba siempre a ser cautos en el pronóstico y a identificarse lo más posible con el paciente. Su "Manual de diagnóstico etiológico" le acredita, por sí solo, como maestro indiscutible de la clínica, siendo este libro para el médico como el breviario para el sacerdote.

Fue también un apasionado maestro. La enseñanza fue su vocación de siempre y nunca le abandonó. Esa enseñanza no era la profesional y protocolaria de ir a la cátedra a recitar su lección, sino la de procurar que cada palabra pronunciada o escrita y cada gesto suyo estuviesen impregnados de las dos razones inequívocas del enseñar: el sentido de la responsabilidad y el anhelo de la claridad. Esto es una aspiración de todos los que enseñan, pero el lograrlo sólo se reserva

a los espíritus de excepción. Así le recuerdo en aquellos días, ya lejanos, en que cursaba mis enseñanzas del doctorado en su servicio del Hospital madrileño.

Sobre la docencia ha dicho en alguna ocasión que la eficacia cordial del que pretende enseñar está en la fe con que se imagina su misión, más aún que en su capacidad para realizarla. Decía: "Aprender no es saber, sino aspirar a saber; y la forma suprema de enseñar, es querer enseñar. Basta con eso, con querer. Enseñar del todo es un sueño. La obra del maestro, en el caso mejor, es sólo una sinfonía incompleta".

Pero no destacó sólo como médico, ni como maestro de la clínica, sino que su proyección se manifestó igualmente fértil en el campo de las ciencias biológicas, en el de la literatura y en el terreno de la historia. Basta recordar, entre otros, sus conocidos libros sobre "Las ideas biológicas del padre Feijoo", su apasionante "Elogio y nostalgia de Toledo", su importante y completísimo estudio sobre la vida de "Antonio Pérez" y su época, para comprender y admirar su portentosa actividad creadora, que merecidamente le llevaron a ocupar cinco sillones académicos, hecho insólito hasta ahora en nuestra Patria.

Como todo hombre laborioso conocía el valor del tiempo, que no despilfarraba nunca, y del que supo obtener el máximo provecho. "Yo soy —solía decir— un trapero de minutos". Dormía sólo cinco o seis horas al día, y gracias a ese aprovechamiento minucioso de sus horas pudo desarrollar la gigantesca labor que supone su vida.

Marañón, por encima de sus yerros y equivocaciones —que tuvo la gallardía y la nobleza de reconocer públicamente—, fue un apasionado amante de España, a la que detalladamente conoció y estimó como pocos, recorriéndola en toda la variedad de sus infinitos horizontes y captando finamente sus ecos maravillosos e inmortales.

Se sentía también europeo por los cuatro costados, representando Europa para él lo mejor de lo que la civilización tiene de cultura permanente y todo lo que comprende la palabra entrañable de humanidad.

Con su vida y su obra, nos ha dejado un gran ejemplo, el de hacer que la ciencia y la profesión médica sean, como él lo hacía, sencillas, claras, llenas de equilibrio y de entrañable humanidad. Y el ejemplo es una lección que todos los hombres pueden leer.

RICARDO HORNO

CÓMO HA COMENTADO LA PRENSA ZARAGOZANA LA PÉRDIDA PARA LA CIENCIA ESPAÑOLA DEL ILUSTRE DOCTOR

Amanecer:

LA ÚLTIMA GRAN LECCIÓN

«Con ser gigantesca la figura médica y literaria del insigne doctor Gregorio Marañón, nada me ha aleccionado más que su última enfermedad y su serena muerte.

Conozco la inmensa producción médica y casi toda la literatura del maestro, sé de su afecto a Zaragoza, desde el año 1932 en que vino a nuestra Facultad de Medicina como ponente de categoría a las primeras Jornadas Médicas Aragonesas y por las diversas ocasiones en que nos visitó por distintos motivos científicos; he de agradecer cuanto hizo en favor de mi maestro, Royo Villanova, cuando la República le desterró a Almuñecar; le admiro como clínico excepcional y escritor brillantísimo, y olvido, para no empañar en estos momentos una figura tan eminente, sus lejanas, fugaces y trascendentales actuaciones políticas.

Porque la grandeza de este hombre ha sido puesta de relieve en su última enfermedad, que diagnosticó con toda exactitud, anunciando incluso la fecha final de su vida.

El, que tenía la gloria, la fortuna y la fama, supo reconocer humilde y serenamente la impotencia de los conocimientos humanos. Nada podía la sabiduría médica ante los supremos designios de Dios, y lo aceptó con señorío, con naturalidad, con fervor cristiano, sin permitir que el triste augurio trascendiera a su familia, porque él, que había pasado su vida médica infundiendo fe y optimismo, no quería llevar la tristeza a los suyos por un pronóstico fatal sobre su propia vida.

La última gran lección del maestro ha sido rendir su ciencia y su vida misma ante la Providencia Divina, recibir a Dios y esperar a la muerte, a la que venció tantas veces, con una santa sonrisa en sus labios...»

DR. RAMÓN CELMA

Presidente del Colegio Oficial de Médicos

El Noticiero:

HUMANO, DEMASIADO HUMANO

«Cuando vean la luz estos renglones, la Fama velará ya eterna guardia sobre la tumba de Gregorio Marañón y Posadillo. Médico excepcional, talento insigne, literato brillante, historiador profundo, psicólogo sagaz, político prudente, gran humanista, se sentaba con igual honor y gallardía en cinco sillones de otras tantas Reales Academias, habiendo dejado en todas ellas pruebas perennes de su eficaz labor.

Es difícil encontrar en la historia patria una figura que pueda parangonarse con la de Marañón, una vida paralela a la suya. Era, en el mejor sentido del vocablo, un gran caballero español y, al mismo tiempo, «ciudadano del mundo». Plumas más autorizadas que la mía analizarán con todo detalle sus singulares cualidades y sus méritos científicos y literarios. Podría decirse que sus dimensiones, como las del mar océano, no son cimeras, sino dilatadas y profundas. Hay personas geniales, elevadas, inaccesibles, pero estrechas y sin fondo; sus crestas coronadas de nieve y los nidos de águila que ocultan sus escarpas, producen impresión de grandeza, majestad y arrogancia, pero también de soledad, de frío y de indómito salvajismo; a la postre, de desolación, de incomprensión, de falta de sentido humano. Son seres de quienes dijo un poeta del siglo pasado, que

El mundo no los comprende
porque a su altura no llega
y su grandeza le ofende.

Marañón no fue un hombre genial, tal como nosotros solemos entender a los genios. Nunca se elevó a las altas cumbres de la invención ni del descubrimiento, y, menos, de las vacías y vaporosas lucubraciones. Pisó siempre terreno firme, abarcando dilatadas extensiones de la ciencia y del arte. Tenía, ante todo, un prodigioso sentido común, del que suelen carecer tantas gentes. Abundaba en aquella sindéresis que Gracián definió. Amaba la ciencia, a cuyo progreso se dedicó con entusiasmo y buen ánimo, por lo que, empleando el título de una obra de Nietzsche, podía llamarse «gaya ciencia» a la que él cultivó con tanta brillantez.

Pero lo que en mi opinión caracteriza la figura señera de Marañón, es su profundo humanismo, en el más lato sentido de la palabra. Como reza también el título de otra obra nietzscheana, era Marañón «humano, demasiado humano». Hombre cordial, hombre sincero, hombre bueno. Pero, sobre todo, hombre. Por eso, al mismo tiempo que despertaba admiración, todo el mundo le comprendía y le amaba. Hasta sus enemigos, que fueron muchos, sentían por él un profundo respeto; le admiraban hasta el punto de lamentar que no militase en sus propias filas. Marañón era una mente poderosa y, por lo tanto, autónoma y algún tanto rebelde. De una rebeldía noble y serena, bienintencionada. Sentía tal amor por lo humano, que nunca se decidió a tomar «partido», temeroso, sin duda, de los hierros de una disciplina que no fuese la suya propia, y, sobre todo, por no ponerse «frente» a nadie. Era, como ya hemos dicho, demasiado humano». ¿Fue éste su defecto o su más heroica virtud? La Historia, con su juicio sereno, dictará el fallo inapelable. Sus contemporáneos no podemos sino decir que su vida fue tal, que todos pudimos comprender y admirar la grandeza de su alma, para la que, con la mayor devoción, invocamos la gloria perdurable.—Dr. RAMÓN REY ARDID.»

Heraldo de Aragón:

MARAÑÓN

«Ahora que ya está completa la vida, también la obra de don Gregorio Marañón, es cuando podemos valorar con exactitud la trivialidad, la obcecación de muchos argumentos que a su conducta se opusieron. Vemos ahora, al sentir el desgajamiento que en nuestro ser provoca su partida, que acaba de dejarnos un gran hombre, un gran maestro, que era, además, un gran médico y un gran escritor, acaso el más fino, más terso, de cuantos se expresaban hoy en castellano.

No podemos imaginar que somos hoy como somos, que pensamos y sentimos como lo hacemos, si suprimimos de nuestra mente la huella dejada por los discursos, los libros, las conferencias y los artículos de Marañón. Somos muchos los españoles que, en momentos muy duros, muy encrespados de pasión, volvimos a encontrar el equilibrio, la sensatez, la mesura, en las tersas, viriles, páginas de don Gregorio, al que habíamos aprendido a respetar como un sabio desde que éramos muy niños, pero a quien después, poco a poco, empezábamos a valorar por nosotros mismos como un hombre de bien, como una voz honrada.

No fue para nosotros Marañón un hombre inobjetable, un ser que jamás se hubiera equivocado. Fue —y por eso su voz nos atraía mucho más— un hombre digno, que no ocultaba sus errores, que los lamentaba, pero que no se jactaba de ellos ni tampoco hacía ostentación de su sincero arrepentimiento. Marañón exhortaba siempre al trabajo, a la propia dignidad, a la mutua comprensión. Marañón ponderaba la libertad como un grande y esencial valor. Creía en ella con toda su alma, como creía también en España y en muchos de los hombres de nuestro país. Marañón tenía un conjunto de valores que regían su vida, una ética que comprendíamos perfectamente y a la cual le veíamos siempre fiel. Esta ética pedía tolerancia, comprensión, sinceridad; pero exigía verdad, trabajo, honradez. El la situaba últimamente, como lo había hecho toda su vida, bajo el signo de la libertad. «Ser liberal —había escrito— es, precisamente, estas dos cosas: primero, estar dispuesto a entenderse con el que piensa de otro modo; y segundo, no admitir jamás que el fin justifica los medios, sino que, por el contrario, son los medios los que justifican el fin.» El liberalismo de Marañón —clarividente para los errores de los partidos liberales— arrancaba de su propia conciencia, norma suprema de toda su conducta. Quería para nuestro país, «tras una larga dieta de la facultad de la crítica», una tiranía de la propia conciencia, de la conciencia de cada cual. «Del gesto del domador —había dicho— sólo nos liberará para siempre el que cada cual tenga su tirano en su propia conciencia.»

Campo éste en el que don Gregorio y su obra son inextinguibles, como lo son también en la constante, inacallable expresión de su amor a nuestra Patria, que era —lo dijo muchas veces— «parte de su conciencia». Amor brotado de su sangre, pero fortalecido por el estudio y la creencia, y también por un conocimiento prodigioso de todos los vericuetos y lugares de nuestro territorio. «Si el amor de España —dijo con emoción un día, allá en América, durante su expatriación— es la raíz y el decoro de mi existencia, es, no sólo porque nací en la península de los altos y tristes destinos, sino porque he empleado las horas de más noble afán de mi vida en conocerla palmo a palmo, con la minucia incansable con que

buscamos hasta las honduras recónditas del alma de la mujer amada. No hay camino de España que yo no haya recorrido; ni vereda de sus serranías que no haya hollado yo con mi pie; ni cimas de sus montes donde no haya visto amanecer o ponerse el sol de aquellos crepúsculos cuyo festín de luz parece que no se va nunca a terminar.» Amor físico y espiritual a la par, que ardió como nunca en la nostalgia de las páginas escritas durante su destierro, las más bellas tal vez de las por él firmadas, con ser todas tan bellas.

Amor que se tradujo también, muchas veces, en dura, noble crítica. No toleraba Marañón que la crítica fuese acallada. Se enfrentaba con los hechos, se documentaba, y exponía luego valientemente su opinión. Así en las polémicas médicas, así con Feijoo y la situación intelectual del siglo XVIII; así con Antonio Pérez; así con el conde-duque de Olivares o con «Don Juan», o con cualquier tema polémico que pudiera plantearse, tal, por ejemplo, como el del funesto resultado que para la Universidad española vienen teniendo las oposiciones. Entonces, antes y ahora —acaso más antes que ahora—, Marañón concitaba iras y escándalo. Le era igual. Había aprendido —él lo ha dicho— la virtud de saber callarse y continuar por su camino. Sabía que, andando el tiempo, el escándalo habría de cesar y los hechos le habrían dado la razón sin mengua ninguna para su prestigio.

No tuve trato directo con don Gregorio: alguna visita, alguna carta. Le vi más de una vez en mi casa, junto a mi padre, fraternal amigo suyo; pero estaba rodeado entonces de muchos ilustres compañeros y era imposible, por tanto, todo contacto personal. Le recuerdo otra vez —como tantos millares de españoles— en su consulta, sentado tras su mesa y bajo un Greco, afable el gesto, grata la palabra, clavados los profundos ojos en la enferma que exponía su dolencia. No capté entonces, sin embargo, toda su gran humanidad. La tenía ya aprendida. La comprobé años después, al morir mi padre, cuando entre sus papeles hallé una carta en que, de amigo a amigo, acudía solícito a explicar de cerca el caso clínico, para consolar y para suprimir la explicable preocupación de aquél. Mi admiración por don Gregorio no arranca, sin embargo, de tan cerca. Se basa en todo lo expuesto, que estaba al alcance de cada español. Nace de sus libros, bellísimos, apasionantes. De su «Tiberio» y su «Olivares» redivivos, de sus análisis del problema sexual, de su constante apología de la paternidad y de la maternidad honradas, de su vida intachable, de su actividad profesional, de sus trabajos de forjador de la Endocrinología, de su fenomenal maestría didáctica. Le recuerdo, por ejemplo, en Santander, en 1935, profesando sus cursos sobre «Vocación y Etica». Nunca había oído yo leer tan maravillosamente en público como aquel hombre leía. Tampoco había oído una tan bella sucesión de ideas, tan concisa, tan garbosamente trazadas. Luego, en ensayos posteriores, he ido viendo padecer, sufrir al hombre, alejado de su Patria y de su casa, arruinada su vida, y, sin embargo, sereno, noble, dedicado a un trabajo digno y eficaz. Su estilo se cernía, se sutilizaba y llegaba a ser, sin duda —con el de Ortega—, el mejor castellano escrito en nuestro tiempo. Por eso ahora, al saber que ha muerto serenamente, sacramentado con lucidez y por propia voluntad, he sentido, con el desgarro de la pérdida, la honda alegría de que una tan noble y piadosa muerte haya terminado bellamente una vida tan digna, austera y provechosa.—LUIS HORNO LIRIA.»



Retrato del doctor Marañón, en 1932, época de sus mayores triunfos, cuando vino a Zaragoza con ocasión de las memorables "Primeras Jornadas Médicas Aragonesas" a exponer su ponencia sobre "Reumatismo".

DOS TRABAJOS BREVES DE MARAÑÓN

Como recuerdo y homenaje a la memoria del maestro, publicamos seguidamente dos ensayos breves concebidos bajo el mismo signo: la preocupación por temas del momento español. Es el primero, publicado en 1932, el titulado: *Elogio de la sabiduría*, destinado a exaltar la vida de Pasteur, el trabajo y el esfuerzo por aprender y conquistar la fama y la gloria. El segundo: *Medio siglo de Medicina*, fue escrito en el año 1950, sintetizando las maravillosas conquistas logradas en este tiempo por los remedios médicos, y que se han traducido por el descenso en la mortalidad y por la vitalidad de la madurez. Estamos seguros de que nuestros lectores renovarán en estos escritos su interés de otras épocas.

ELOGIO DE LA SABIDURÍA

Conveniencia de la pobreza

Pasteur, como nuestro Cajal, como la mayor parte de los hombres verdaderamente grandes de la Humanidad, nació en un hogar humilde, casi pobre. Fácilmente se comprende que no se trata de un hecho casual. Sería injusto negar que ha habido en el mundo hombres ricos desde que nacieron, educados en el bienestar material y cuya inteligencia logró alcanzar alturas elevadas: tal Bacon. Pero se trata de casos excepcionales. La ciencia, sobre todo, no crece más que en los ambientes austeros. Como la llama del fósforo necesita un frote áspero con la realidad para encenderse.

Esta es una de las razones por las cuales los hijos de los genios suelen ser hombres vulgares. El triunfo del genio suele llevar aparejado, casi siempre, un bienestar material grande; a veces, tras largos años de lucha, extrema en los hijos el cuidado de apartar de su camino las espinas que ellos encontraron en la penosa ascensión; y el niño y el adolescente que encuentran colmadas sus necesidades, se embotan casi irremediablemente para la lucha. Para mí no tiene duda que uno de los enemigos mortales de la ciencia es el lujo.

Pasteur tuvo que sufragarse la modesta pensión de estudiante dando clases particulares; comía por unos cuantos reales, y durante todos sus estudios en plena juventud —y en París, esto es, en plena tentación— no fue más que tres o cuatro veces al teatro. No puedo explicarme las lamentaciones que con este motivo entonan casi todos sus biógrafos. Por el contrario, estoy cierto de que sin este duro aprendizaje, el cerebro y la voluntad de Pasteur no hubiesen alcanzado aquella tensión prodigiosa que le permitió llegar a una senectud fecunda, a pesar de la apoplejía que le puso en trance de morir antes de cumplir los cincuenta años.

Uno de los rasgos de Pasteur, que todos los biógrafos comentan, es su desprendimiento. Sus estudios sobre el ácido tartárico, sobre los vinos y cervezas, sobre los gusanos de seda, pudieron proporcionarle fabulosas riquezas; y las rehusó siempre, prefiriendo la modestia de su hogar, sin lujos, pero sin preocupaciones. Entonces no había premio Nobel. Acaso al obrar así, obedecía no tanto a su ingé-

nita bondad como al instinto oculto que le señalaba la opulencia como uno de los escollos más peligrosos para su obra futura.

Esta pobreza no es sólo conveniente en el ambiente familiar del investigador, sino también en su medio propiamente científico. En Strasburgo, Pasteur tenía que comprar los instrumentos urgentes con sus propios recursos, harto exiguos. Su laboratorio de la Escuela Normal, donde terminó los estudios memorables sobre la fermentación, estaba reducido a dos piezas heladas, improvisadas en un granero. La estufa de cultivos estaba colocada en un rincón de la escalera, en sitio tan mezquino, que el grande hombre tenía casi que arrodillarse para llegar a ella. En Arbois hizo sus principales estudios sobre los vinos en el local de un café recién desalquilado, ocurriendo más de una vez que un transeúnte, antiguo cliente del establecimiento, entraba sin fijarse en el cambio augusto de destino que había experimentado, y pedía al propio Pasteur o a su colaborador Duclaux un vaso de cerveza.

Surge, leyendo estos episodios, el recuerdo de Claudio Bernard, que realizó también su obra fisiológica en una boardilla miserable, con instrumentos improvisados; o el de Cajal, que tenía que privarse de cosas esenciales a la vida para comprar sus microscopios y suscribirse a las revistas extranjeras.

¿Pero es que en otro medio que no hubiese sido éste, en las salas actuales del Instituto Pasteur, en los laboratorios pródigamente dotados del Colegio de Francia, en los pabellones espléndidos de la Fundación Biológica de Cajal, habría alcanzado el ingenio de estos grandes hombres el grado de agudización y de finura penetrante que les permitió descender tan hasta lo hondo del misterio de la vida? Yo creo sinceramente que no. El genio no se revela espontáneamente en la mayoría de los casos, sino después de una lucha encarnizada contra el medio, en la que sucumbe para la ciencia todo talento que no sea de orden excepcional.

Por ello, cuando el grande hombre alcanza las cimas de la gloria y se rodea de la abundancia científica, su eficacia se transforma, creando la escuela que prolongará su obra en el porvenir; pero en este Instituto que lleva sobre la portada suntuosa el nombre de su fundador, no volverá a surgir, casi seguramente, el nuevo genio. Este saldrá cuando menos se espere, esporádicamente, de otro mechinal incómodo y pobre.

No seamos, por lo tanto, ingratos con la pobreza y, sobre todo, no pongamos a la pobreza como pretexto para nuestra esterilidad. En los países sin ambiente científico, como el nuestro, se padece de ese achaque y se pide clamorosamente dinero, mucho dinero, para hacer hospitales magníficos, sanatorios repletos de aparatos, cátedras decoradas como teatros. Y está bien todo ello; pero sin pretender que de ahí arranque la ciencia verdadera. Háganse primero los hombres; y los hombres se hacen en cualquier parte; luego vendrán las instalaciones perfectas para desarrollar la obra iniciada. Mas no se construya el templo, sin tener antes la religión en marcha. Y toda religión nace de la estrechez; y casi todas se corrompen en la opulencia.

Tengo siempre sobre la mesa de mi despacho —para que la lección no se me olvide a mí, ni se me olvide enseñársela a los demás—, tengo, digo, de continuo delante de los ojos una fotografía del recinto aboardillado, a que antes me refería, en el que Pasteur realizó, tal vez, sus más prodigiosos inventos. Y debajo hay una leyenda con las palabras del ministro de Instrucción Pública, cuando el futuro grande hombre le fue a pedir dinero para continuar sus estudios: «Lo siento, joven, pero no hay en el presupuesto ni cincuenta céntimos que le podamos dar.» Y todos hacen al leer esto el mismo comentario: «¡Estúpido ministro! ¡Y el dinero que repartiría a tanto mentecato!» Pero yo digo que este ministro sabía, sin darse cuenta, dar a Dios lo suyo y lo suyo al César. El dinero, a los que sólo saben gastarlo; la pobreza, a los que pueden hacer brotar de ella la Verdad.

El estudiante brillante y el estudiante rebelde

Algunos comentaristas se muestran sorprendidos al leer en la biografía de Pasteur que fue un mediano estudiante. En la escuela primaria, en el colegio de Arbois, no dejó rastro de su paso; era un alumno, *un peu lourd* —dice uno de sus biógrafos— nada brillante ni llamativo. El examen de bachillerato fue también vulgar. A los veinticuatro años hizo y ganó un concurso de agregación de ciencias físicas, obteniendo el tercer puesto con notas modestas. ¡sería curioso saber quiénes fueron los dos «empollones», como diríamos ahora, que tan fácilmente ganaron a Pasteur la partida ante la justicia oficial!

Quiero destacar este hecho porque juzgo que ningún hombre, no ya genial como Pasteur, sino medianamente talentudo, ha podido jamás ser un buen estudiante, en el sentido oficial de la palabra. Ser un buen estudiante siempre, alcanzar siempre las notas óptimas, que constituyen lo que se llama «un brillante expediente académico», supone amoldarse a la mediocridad con que está organizada la enseñanza, aquí y fuera de aquí. Cajal, como Pasteur, fue un mediano estudiante; y Oswald, en su libro sobre los grandes hombres, insiste en la frecuencia con que los hombres cumbres fueron, en la etapa oficial de sus estudios, alumnos vulgares o francamente malos.

Estudiar con igual aplicación todas las asignaturas multiformes de la instrucción primaria y del bachillerato, y estudiarlas con el deseo primordial de obtener notas brillantes, es, en efecto, la manera más infalible de no ser nada en este mundo. Un mal estudiante puede ser, andando el tiempo, un grande hombre. Un estudiante perfecto, uno de esos abonados a la matrícula de honor (a los que el Gobierno concede al terminar una gran cruz, si han alcanzado la nota máxima en todas las disciplinas académicas), ése, casi necesariamente, se esfumará en una penumbra intelectual para toda su vida. Es un deportista de las buenas notas, y nada más.

Se me dirá que es peligroso hablar así en este país, donde la falta de aplicación encuentra tan sugestivos estímulos en el medio ambiente. Pero yo estoy tan convencido de la inutilidad y aun de la nocividad de los sabios oficiales, que no dudo en lanzarles desde aquí mi grito de guerra. ¡Guerra a los números unos, a los alumnos sometidos incondicionalmente a las pautas estrechas de la escuela! Y que me perdone si hay alguno entre los que me leen: yo también he sido, en una ocasión, «número uno», y aún siento sobre mí la pesadumbre de esta gloria oficial, grata y paralizante como una inyección de morfina.

Claro es que no se deben confundir las notas malas del estudiante noblemente rebelde, el que no se amolda a la mediocridad académica, el que ha preferido emplear las horas que el maestro le designaba para aprenderse de rutina sus lecciones, en estudiar una sola o en aprender cosas distintas de las que se le exigían en la escuela; o simplemente en soñar; no se deben confundir, digo, con las notas malas

del estudiante notoriamente incapaz de la voluntad o del intelecto. Pero reaccionemos, repito, contra el criterio de considerar como el mejor alumno al que mejores notas tiene. Cada día, en concursos, exámenes y oposiciones, se plantea el problema todavía. Cuando veo exhibir con orgullo a uno de estos muchachos ejemplares, recuerdo a esos otros muchachos excesivamente gruesos, de apariencia magníficamente saludable, que en el orden físico suelen constituir también el orgullo de sus padres y allegados. En unos y otros, el esplendor es sólo externo; bajo el oropel de las notas magníficas se oculta con frecuencia un espíritu vulgar; del mismo modo que bajo las formas redondeadas y los colores arrebolados se esconde un temperamento linfático y eunucoide. El fuerte de mañana es el que hoy se nos presenta flaco, deslucido e inquieto; el sabio de mañana es el estudiante irregular, incorrecto, desigual, no deportista: el que no se propone ganar notas sobresalientes, como copas de tenis, sino saber.

Verdad y Belleza

Nuestro Cajal ha clamado muchas veces que no basta el Arte solo para hacer una civilización, sino que es precisa también la Ciencia. No hay que añadir que la Ciencia sola tampoco basta para hacer civilizado a un pueblo o a un individuo. Un pueblo o un hombre, henchido de ciencia, pero sin sensibilidad artística, será un pueblo culto o un hombre culto; y no hay que confundir la cultura con la civilización. Hay que tener, como Pasteur tenía, dos fuegos sagrados encendidos en el alma: uno delante de la Verdad y el otro delante de la Belleza. Pasteur fue desde pequeño, y aun antes de que despertara en él el amor a la Ciencia, un apasionado del Arte y de la Poesía, y es sabido que hizo retratos de los suyos en los que se adivina un posible gran artista que al fin fue ahogado por el investigador. Con frecuencia lloraba, siendo muchacho, leyendo sus libros predilectos. Cuando, en plena madurez, fue atacado de una grave hemorragia cerebral, que puso en peligro su vida, durante los días interminables de la convalecencia, los libros de los poetas le ayudaban a elevarse sobre la miseria presente.

Este sentimiento del Arte es, además, preciso, porque su emoción se transmite, al fin, al mismo trabajo de la investigación científica, que es muchas veces un trabajo frío y tal vez no debiera serlo nunca. Hay, por lo menos, un grupo de sabios, los que Ostwald llama «románticos» y al cual pertenecía Pasteur, en los cuales la persecución de la Verdad no es sólo la marcha calculada y lenta a través de los métodos rigurosos, sino también, en ocasiones, una carrera del espíritu, súbitamente iluminado, hacia lo desconocido o un vuelo atrevido y majestuoso sobre la sombra del error, sostenido por las alas de la hipótesis. Algo, en suma, que recuerda el momento apasionado de la inspiración del artista, y aun que se confunde con él; como que, al fin y al cabo, para el espíritu de los elegidos, la Belleza y la Verdad no son dos musas diferentes, sino una sola, a lo sumo con dos caras. El sabio romántico siente al traslucir la Verdad la misma emoción vegetativa que el artista al hallar el verso o la pincelada definitiva. Son muchos los ejemplos de esta emoción auténtica producida por la Verdad pura, desde Arquímedes, que sale desnudo de su baño y recorre las calles gritando, al brotarle en la mente su célebre principio, hasta el mismo Pasteur, cuando, al confirmar con el polarímetro sus hipótesis sobre la dismetría molecular, sale corriendo y fuera de sí de su laboratorio y abraza con los ojos llenos de lágrimas a cuantos encuentra a su paso. Y Biot, el viejo

maestro, al ver repetida ante sus ojos escépticos la célebre experiencia, exclama: «¡Hijo mío, he amado tanto a la Ciencia toda mi vida, que el ver esto me hace palpitar el corazón!»

Mas para que esto ocurra, para que un rayo de luz desviado hacia la izquierda o la derecha haga acelerar el ritmo del corazón y estremecer los nervios, ¡cuántas horas de renunciación y de esfuerzo sin éxito!

La gente ve del sabio sólo el resplandor de sus hallazgos; pero no se imagina el largo calvario que precedió al minuto de la victoria. Yo recuerdo siempre un pasaje que refiere Daudet —ese buen León Daudet que tantas tonterías ha dicho de mí, porque ha querido— de la vida de Charcot, el gran neurólogo francés, que nos figuramos todos feliz como un príncipe, recibiendo el homenaje de sus contemporáneos, que acudían a oírle y a buscar la salud en su palabra, desde las naciones más apartadas de la tierra. Este era, sí, el anverso de su vida; pero en el reverso, ¡cuántos minutos de dolor, como el que cuenta Daudetí «Estaba yo una tarde —dice éste— consultando un libro de Medicina en la biblioteca del maestro, que rodeaba su gabinete de trabajo, con dos pisos de altura, cuando fui sorprendido por la llegada imprevista de Charcot. La curiosidad me retuvo y observé atentamente, inmóvil entre los libros. El grande hombre permaneció mucho tiempo sentado junto a su lámpara, anonadado, aplastado, mirando rectamente ante sí, inmóvil, con una expresión en el rostro que hasta entonces no le conocía: una expresión ardiente y a la vez desesperada. Permaneció así una hora y al fin se levantó y fue lentamente a dar una orden a alguno de sus ayudantes. Y yo pensé —termina Daudet—, con frío en los huesos: ¿es esto la gloria científica? Pues, en verdad, no tiene nada de envidiable.»

Gracias a estas horas dolorosas, la Ciencia puede llegar a perder a los ojos del hombre elegido su fría austeridad y confundirse con la imagen luminosa de la Belleza; como, gracias a los años de tortura voluntaria, pudieron los santos hallar en la pobreza, en el sufrimiento y, a la postre, en la muerte, el manantial de su alegría.

Pues bien; para esta obra silenciosa y ascética de la elevación del espíritu y afinamiento de la sensibilidad, el amor al Arte será un apoyo que no faltará nunca, una luz que no se apagará jamás en las horas interminables de la duda.

La vocación pedagógica

Pasteur sintió nacer en su alma, a la par que el amor a la Ciencia, la necesidad de hacer prosélitos, de esparcir en torno suyo el caudal de los conocimientos aprendidos a fuerza de tesón. Enseñaba a los alumnos, compañeros suyos, cuando era estudiante; y, en sus ratos libres, buscaba nuevos discípulos en sus hermanos y en sus propios padres.

Dice Ostwald que su práctica de la enseñanza le permite asignar como un carácter específico del alumno que el día de mañana será un hombre de ciencia de provecho, el no contentarse con la lección que se le da, el deseo de completarla espontáneamente con nuevas adquisiciones, la curiosidad por saber; el que no se sacia con la razón cotidiana de la Ciencia oficial. Pero acaso sea todavía más característico del futuro grande hombre, el rasgo que tan claramente se advierte en Pasteur; la precocidad de la vocación pedagógica y de la actuación magistral.

El derroche de la vida

Uno de los consejos que el joven hombre de Ciencia, y en general el hombre trabajador, escucha sin cesar de labios de cuantos le rodean, es el de la inclinación a la prudencia en la labor diaria. «¡Trabaja usted demasiado!» —oirá decir a los que más o menos sinceramente se interesan por él—. «¡Dedique usted menos horas al estudio y diviértase más!»

Los fisiólogos han estudiado minuciosamente las leyes de la fatiga intelectual y la necesidad de regular el trabajo de la mente como se regula el de los músculos de un obrero manual, o, más aún, el de una máquina inanimada. Montaigne ha dicho que «el descanso del deber forma parte del deber». Y es indudable que el vulgo y los fisiólogos y los poetas tienen razón, como la tienen los economistas cuando predican el ahorro del dinero y las leyes que rigen la gran ciencia de gastar poco y guardar cuanto se pueda, pensando en el día de mañana.

Pero el ahorro del propio trabajo, de la propia vida, como el ahorro del dinero, son virtudes, cuyo vicio contrario, o sea el derroche, es aún más amable que la misma virtud. La verdad es que ningún hombre puede llamarse inteligente y bueno si no es generoso de su hacienda; pero menos aún si es tacaño de su ciencia, si administra calculadamente el impulso de aprender y de enseñar y el entusiasmo por conquistar la gloria.

Pasteur trabajó sin descanso desde su adolescencia oscura hasta el ocaso, lleno de resplandores, de su vida. Para él no había diversiones, ni espectáculos, ni fiestas, ni reglas de higiene mental, sino sólo la actividad ímproba de cada día, descansando de una investigación con el comienzo de otra diferente. La pesadumbre de esta labor hizo estallar, cuando aún no tenía cincuenta años, una arteria en su cerebro. Estuvo a punto de morir, y el primer signo de vida que dio, al recobrar, entre sombras, la conciencia, después de las primeras horas de apoplejía, fue escribir en un papel: «Hablaría con gusto de Ciencia.» A las seis semanas fue llevado a convalecer a Saint Hippolyte du Pont, y allí, aún paralizado, dictaba a sus discípulos las pautas de su gran campaña para descubrir y combatir las enfermedades de los gusanos de seda.

Aconsejamos, pues, a los futuros científicos la mesura en el trabajo. Pero guardemos nuestra secreta simpatía por el derrochador que no hace caso de nuestros consejos y se entrega generosamente a la actividad desenfrenada del que siente la ambición de la gloria con más fuerza que el apego a la propia vida.

Pasteur y las mujeres

Tres huellas de mujer aparecen en la vida del gran sabio. La de su madre, mujer humilde y oscura, pero de sensibilidad aguda y clara inteligencia: la grandeza de los hombres suele nutrirse casi siempre de la vena materna. La de sus hermanas, sus primeros discípulos, a las que quería con un afecto partenal. Y, por fin, la de su esposa, prototipo de esa mujer del investigador, tan bien descrita por Cajal, cuya única ocupación toda su vida fue suavizar el ambiente del maestro con el sacrificio de sus propias vanidades, quitando de su camino los guijarros y las piedrecillas de la vida cotidiana, en que el genio pudiera haber tropezado en su marcha abstraída por los caminos de la meditación y del experimento.

La mujer, como preocupación sexual, no aparece en la vida de Pasteur. Ningún amor en su juventud. El propio idilio inicial con su esposa se desarrolló con la rapidez y la precisión de un experimento de laboratorio. Un día vio a la hija de M. Laurent, el rector de la Universidad de Strasbourg, y adivinó que aquella joven era la compañera ideal para su espíritu, casi más por intuición cerebral que por impulso instintivo de su corazón; en seguida pidió su mano y se casó. Todo ello había durado quince días. Después, ya maduro, durante todos los años llenos de esa gloria que atrae, en la vida de otros grandes hombres, a un cierto tipo de mujeres de un intelectualismo romántico, no se descubre el rastro de ninguna en la existencia rectilínea y austera de Pasteur.

Si tratamos de extraer de esta vida su esencia ejemplar, acaso sean los hechos que acabamos de citar los que más se presten a la meditación de un español. Porque en España existen dos mortales enemigos de la Ciencia, que son el «donjuanismo» de muchos hombres y la incomprensión intelectual de muchas mujeres.

El «donjuanismo» es un tema palpitante, al que muchos ingenios contemporáneos han dedicado copiosos estudios. Yo mismo puedo recordar los míos, y quiero reiterar aquí que la antítesis del Don Juan es el hombre que trabaja y, sobre todo, el que trabaja intelectualmente, como el hombre de ciencia; y siendo Pasteur el tipo acabado del hombre de ciencia, podemos poner frente a la imagn romántica y equívoca de Don Juan, como su antípoda y reverso, la noble y severa figura de Pasteur.

El catolicismo de Pasteur

Nuestro último comentario se refiere al aspecto más conocido de la vida del gran inventor. Pasteur, el hombre de ciencia representativo, el hombre que dedicó toda su energía a la investigación de la materia y cuyo pensamiento permanecía semanas y semanas hundido en el problema de los orígenes de la vida, fue, no sólo un idealista exaltado, sino un católico practicante, fervoroso y sencillo, como pudo serlo su madre, la buena obrera acomodada de una pequeña ciudad de provincias.

¡Qué gran lección ésta para las generaciones de investigadores actuales, educados desde mediados del pasado siglo en un materialismo impenitente! La verdad es que tenemos el deber de oírla; que no hay razón para poner un gesto admirativo ante la labor investigadora de Pasteur y un gesto de indiferencia ante este rasgo de su espiritualidad, tan íntimamente ligada a su obra entera.

Pero nosotros, los españoles que soñamos con una España diferente, tenemos que hacer nuestro comentario especial; puesto que España es un país de católicos, aceptemos este gran ejemplo de cómo a la sombra de una fe sencilla puede crecer con esplendor el árbol de la Ciencia. Conformes, sí; pero anotemos también que si Pasteur fue un creyente, no fue un fanático. Supo ir a todos los rincones de las ciencias naturales con la lámpara de la fe encendida en lo recóndito de su alma; pero esta fe no fue jamás un prejuicio para su pensamiento científico. No investigaba los cristales y los fermentos y los microbios para buscar a Dios; porque sabía que Dios estaba en todas partes, sin necesidad de buscarlo.

Es decir, que la idea de Dios no sea el objeto de nuestra preocupación científica. Dios puede preceder a nusetro pensamiento, si tenemos la suerte de nacer con una fe en el alma. O bien puede aparecérsenos, de improviso, como se aparecía ante los ojos sencillos de los pescadores de Galilea, al doblar una esquina de la vida.

Lo que es inútil y ridículo es buscarle a través de las lentes de un microscopio.

MEDIO SIGLO DE MEDICINA

No por ese espejismo que nos hace ver a todos nuestro tiempo, para bien o para mal, como especialmente trascendente, acaso por la vanidad que sin saberlo tenemos de ser actores o, cuando menos, espectadores de los grandes fastos, sino porque seguramente es verdad, podemos afirmar que el medio siglo que ahora acaba ha sido fundamental, quizá el más importante de toda la historia de la Medicina. La segunda mitad de la anterior fue copiosa en hallazgos doctrinales. Pero en el medio siglo siguiente, el que ahora cumple su ciclo, se han realizado las conquistas más eficaces en el arte de curar propiamente dicho; y esto, el curar, es lo que en definitiva importa a los que sufren y lo que debe importar a los médicos. Todos estamos un tanto embriagados por el esplendor de las disciplinas experimentales que vigorosamente crecen a la sombra de la Medicina; y, a veces, parece que va a olvidarse que el experimento es sólo un accesorio del arte empírico y humilde de curar. El médico actual ha de someterse cada día a un vigoroso ejercicio de información, como el deportista a su entrenamiento físico y el virtuoso al de su técnica instrumental; pero esa información, que es como un laberinto que comprende todos los ramos biológicos, aboca a una salida única, la terapéutica; y si no es así, se ha perdido el tiempo.

Siete maravillas en cincuenta años

Bastará, para darnos cuenta de la magnitud de las conquistas realizadas por la medicina práctica en estos cincuenta años, recordar siete sectores de la terapéutica: la quimioterapia por las drogas sulfonamídicas, la acción de los antibióticos, la opoterapia, las vitaminas, las vacunas, los anestésicos, los adelantos quirúrgicos. Otros muchos aspectos podrían comentarse, pero éstos representan, por modo maravilloso, la medida del esfuerzo realizado y conseguido.

Sulfamidas y antibióticos

Los tratamientos con drogas del grupo de las sulfamidas datan de 1935 (Domagk), y es ya prodigiosa la complicación de su farmacología y el número de infecciones generales y locales que se han quebrantado o vencido gracias a su uso: pulmonías, supuraciones diversas, etc., etc.

Rápidamente, tras los éxitos trascendentales de las sulfamidas, surgen en la práctica los antibióticos. Su primer hallazgo databa de 1929 (Fleming). Y unos años después, la penicilina, la estreptomicina, la auromicina, la cloromicina, eran ya símbolos de victoria cierta o casi cierta sobre los procesos más graves que azotaban al hombre: tuberculosis, estreptococia, estafilococia, colibacilosis, fiebre tifoidea, fiebre de Malta, gonococia, sífilis. Hoy tenemos la evidencia de que el capítulo de los antibióticos que acaba de nacer supone la certidumbre de la desaparición total, en un plazo no remoto, de todas las infecciones citadas y de otras que aun resisten todavía.

Opoterapia y vitaminas

La opoterapia, es decir, el tratamiento por los extractos de glándulas de secreción interna, hoy casi totalmente sustituídos por las hormonas puras, sintéticamente elaboradas, tiene orígenes muy remotos; mas hasta el siglo actual no ha alcanzado el robusto volumen de que hoy goza. En 1922 se descubrió la insulina (Banting y Best), que supone, en la práctica, la supresión de todos los peligros de la diabetes y el que el enfermo diabético muera a la edad media del hombre no diabético. Y a este trascendental avance se han unido los preparados gonadales, hipofisarios, suprarrenales, tiroideos, hepáticos, que permiten dar en condiciones ventajosas la batalla a un grupo extensísimo de enfermedades antes intratables: trastornos sexuales, diabetes insípida, tetania, mal bronceado, mixedema, anemias graves, etc. Buena parte de los trastornos nerviosos que aquejan al hombre se deben al desequilibrio de estas hormonas y se encauzan gracias a su uso terapéutico. Y otras muchas perspectivas se abren o se vislumbran en este terreno de la hormonoterapia: tal la posible y sensacional curación de muchos reumatismos con extractos especiales de la glándula suprarrenal (1949).

Las vitaminas, presentidas desde remotas épocas, se han incorporado a la ciencia farmacológica en 1912 (Funk, Hopkins). Gracias a ellas se ha podido plantear el problema de la alimentación humana sobre una base racional. Antes, el hombre comía, o demasiado o poquísimo; y siempre sin sentido, atinando únicamente gracias a ese instinto que precede al saber cierto, que sirve a éste de raíz, pero que no vale para crear el esquema de una doctrina. Esta doctrina, hoy vigente y eficaz, es la gran conquista de las vitaminas. Por lo demás, sirven para aliviar o curar muchos males, aunque no tantos como se supuso. Los enemigos a los que han vencido son: el escorbuto, el raquitismo, la pelagra, muchas enfermedades nerviosas.

Vacunas, anestesia y cirugía

Las vacunas, sobre todo las vacunas preventivas, han llegado en nuestro siglo a la madurez que hacía presumir su rápido crecimiento en los últimos años del XIX. Mucho, es cierto, se ha abusado de ellas; quizá a este abuso se deben algunas condiciones anormales de la Humanidad actual. Mas este tanto en contra está crecidamente superado por el prodigioso triunfo que con este método se ha logrado para prevenir la tifoidea, el tifus exantemático, el cólera, la viruela, la difteria, el tétanos y tantas otras infecciones más. Varias de las nombradas son ya desconocidas por las generaciones médicas recientes, y se puede presumir que no pasará mucho tiempo sin que el capítulo de las infecciones sea el menos trascendente de la Patología. Por de pronto, el fantasma siniestro de «la peste», más mortífera que la misma guerra; el fantasma de la gran epidemia que arrasaba a millares las vidas humanas, es ya un mito histórico.

¿Y qué decir del progreso de los anestésicos, a cuya sombra la cirugía actual ha logrado reducir al mínimo los peligros de las operaciones clásicas y ha permitido penetrar desembarazadamente al cirujano en el tórax o en el cráneo, las cavi-

dades antes inaccesibles? El mismo corazón se repara, se cose, se inserta en vasos distintos, se maneja, en fin, como antaño las vísceras no vitales.

Y en esta deslumbrante enumeración quedan omitidos otros muchos hallazgos, que en otros tiempos hubieran bastado para llenar de gloria a un siglo entero: como las drogas antitiroideas, como el ácido paraminosalicílico, que comparte con la estreptomicina la victoria sobre la tuberculosis; como los fármacos excitantes o depresores del sistema nervioso vegetativo; como la avalancha de los hipnóticos y analgésicos; sin olvidar los modestos, pero trascendentes desinfectantes de que hablaba, ahora hace un año, a los que millones de seres humanos deben, sin presumirlo, su salud.

La asombrosa disminución de la mortalidad y sus consecuencias

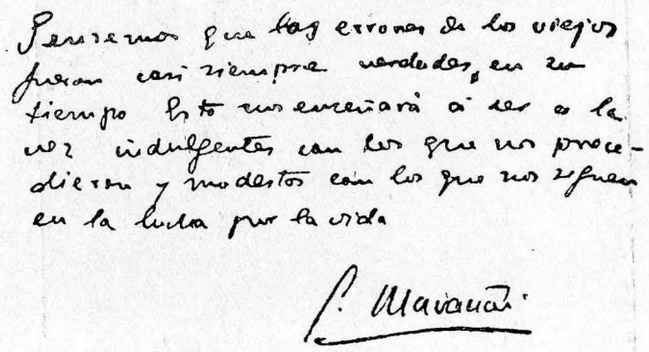
Todo esto, que rápidamente he recordado, ¿se imagina el lector lo que representa? Se lo voy a decir: una disminución de un 25 a un 80 por cien en la mortalidad por las enfermedades que hace cincuenta años eran la causa habitual del fin prematuro del hombre. El hombre, claro es, se sigue muriendo; pero la fecha de su desaparición terrenal se retrasa, de año en año, en proporciones asombrosas.

Ahora estarían en su punto algunas consideraciones sobre la influencia de este hecho trascendente en la evolución de la sociedad; y estas consideraciones nos obligarían a templar nuestro optimismo. Podrían versar estas consideraciones, que aquí sólo se apuntan, sobre el geométrico ascenso de la población, fuente directa y no suficientemente estimada de todas las perturbaciones políticas de nuestra hora; sobre el aparatoso crecimiento de algunas otras enfermedades, como las circulatorias y las mentales, que parece que aumentan, porque antes no tenían tiempo de desenvolverse, pues otras se adelantaban a su acción letal; sobre la necesidad de ajustar los modos de la vida actual al rápido auge de la longevidad, con el formidable trastorno económico que esto representa; y, en fin, sobre el inevitable menoscabo de la intervención juvenil en la vida pública, «que resulta y resultará en adelante de la prolongación de la existencia útil»; porque el aumento de tensión de la madurez, a la vez que aleja la muerte, aleja también la hora de irrupción de la adolescencia en las formas graves, no deportivas, del vivir.

Esta enumeración no acabaría. El mundo cambia con rapidez vertiginosa bajo el signo del progreso velocísimo de la Medicina, que se traduce en el aumento, casi angustioso, de la población y en el alargamiento de la vida. Lo demás —ideologías políticas, luchas de clases, ambiciones imperialistas, etc., etc.— son sólo episodios y muchas veces subterfugios de esa otra realidad, que es, además, la única realidad humana cuyo inexorable progreso se puede predecir, pase lo que pase y sin temor a equivocarse.

EL DOCTOR MARAÑÓN Y SU LETRA

Con el título «Instantáneas psicológicas» publicó la «Gaceta del Norte» el estudio grafológico que a continuación reproducimos y que señala con acierto los principales rasgos de su carácter.



La figura ilustre Marañón ha dejado un hueco en la Medicina y las letras hispanas. Personalidad polifacética de gran relieve la suya.

Va a opinar sobre él el grafólogo como un homenaje póstumo a su memoria. Los escritores y aun los biógrafos, cuando hablan de un personaje, suelen hacerlo guiados por la simpatía o por la antipatía. Por eso muchas veces sus biografías no reflejan la verdad, sus artículos no son hijos de la más absoluta imparcialidad.

¿Cómo veo al doctor Marañón?

Destaca su alma inquieta, de emotividad extraordinaria, capaz de captar y sentir la música y la poesía, porque predomina la asimilación auditiva. Terrible impaciente, de irregulares explosiones de carácter y de actividad.

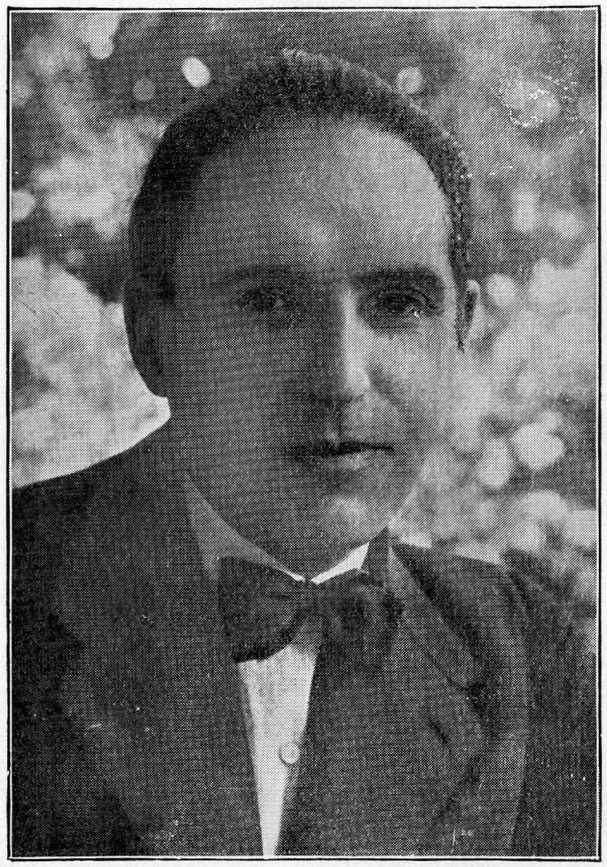
Hombre muy expansivo y franco, se vuelca en la amistad, aunque no sea de los que ceden a la primera; más bien se aparta un poco, se aleja de la masa, del primero que llega.

El grafismo acusa fatiga —no es raro en persona tan ocupada— y desequilibrio nervioso. Conoce su valer, y no le importa hacerlo destacar: letras grandes en la firma y subrayado del nombre.

Así era Marañón: ágil, inquieto, desigual, trabajador y de extraordinaria cultura.

Descanse en paz.

M. Xandro



En el friso de la vida española, en pleno aire, la figura de Gregorio Marañón destaca en relieves exentos de singular magnitud y dinamismo. Su personalidad extraordinaria asume en sí armoniosamente todas las manifestaciones activas que la cultura clásica juzgó indefectibles, a fin de realizar el canon del hombre integral: esposo, padre, amigo, ciudadano, artista y sabio. La nombradía dilatadísima de que goza se originó señaladamente de su aventajamiento en el arte y la ciencia hipocráticos. En él parecen revivir las virtudes mágicas, diagnósticas y terapéuticas de los fabulosos Asclepíades. Sus obras de carácter científico están reputadas fuera de España como «standard books», obras fundamentales en el asunto de que tratan.

RAMÓN PÉREZ DE AYALA

Novelista y académico
de la Real Academia Española de la Lengua

DATOS BIOGRÁFICOS

Don Gregorio Marañón y Posadillo nació en Madrid en 1887.

Estudió la carrera de Medicina en el Colegio de San Carlos, obteniendo todos los años matrículas de honor y el premio extraordinario en la licenciatura (1908), y en el doctorado (1909). Fue alumno interno del Hospital General y uno de los discípulos predilectos de los afamados doctores Olóriz y Madinaveitia, con los cuales trabajó, en calidad de ayudante, durante algunos años. En 1908, cuando sólo contaba 21 años, obtuvo el premio «Martínez Molina», que sólo había sido otorgado en una ocasión anterior, al sabio doctor don Santiago Ramón y Cajal, y que en años precedentes había quedado desierto.

Médico, catedrático y publicista español, el ilustre doctor don Gregorio Marañón, hizo frecuentes viajes al extranjero. Permaneció en Alemania largas temporadas, y en Francfurt fue discípulo de Emden y Ehrlich, siendo uno de los primeros conocedores del famoso «seiscientos seis», descubierto por el último profesor, al que ayudó en sus investigaciones científicas de laboratorio. Presentó a Ehrlich a los médicos españoles. En 1913 alcanzó el premio «Alvarez Alcalá». Desde 1908 fue médico, por oposición, del Hospital General de Madrid; profesor del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Facultad de Medicina de Madrid.

Pertenecía a las Reales Academias Españolas, de la Historia, de Bellas Artes de San Fernando, de Ciencias Físicas y Naturales y de Medicina, así como a la de Ciencias Morales y Políticas de París, de la que era miembro de número. Deja publicados notables trabajos en la mayor parte de las revistas profesionales españolas acerca de numerosos e interesantes temas médicos. Sus ideas y experiencias científicas se han proyectado fuera de España, y el nombre de este científico español aparece en todas las publicaciones médicas que exponen y fomentan desinteresadamente las investigaciones y ensayos de nuestro tiempo. Ello le proporcionó fervientes homenajes, algunos como el que en 1928 le ofreció la revista médica «Los progresos de la Clínica», celebrado en la Facultad de Medicina de Madrid, y otro consistente en un libro que le fue ofrecido en 1929, volumen de 1.300 páginas, en el que eminentes figuras de España y el extranjero enaltecieron el triunfo de sus estudios relacionados directamente con los estudios hechos por el ilustre médico.

En 1927 pronunció un ciclo de conferencias en La Habana que obtuvieron un éxito brillante, reflejado en la prensa de Cuba, de los Estados Unidos y, en general, de toda América. Fue la personalidad más sobresaliente del Congreso Médico reunido en aquella capital.

En 1930 fue invitado por la Universidad de Santiago de Chile para dar una serie de conferencias. En la Real Academia pronunció diversas charlas, entre ellas «Los delgados de origen endocrino», la que versó sobre «enfermedades de la nutrición y glándulas de secreción interna» y la «Historia clínica de Enrique IV».

Sus distracciones favoritas fueron el estudio de la Literatura y de la Historia. Entre sus publicaciones más salientes figuran «Ensayo biológico sobre Enrique IV y su tiempo», «Las ideas biológicas del Padre Feijoo», «El conde-duque de Olivares o la pasión de mandar», «Tiempo viejo y tiempo nuevo», «Raíz y decoro de España», «Don Juan» (estudio muy original acerca de este tipo español), «An-

tonio Pérez» y otras muchas, y entre las más recientes, su discurso de ingreso, en 1956, en la Real Academia de San Fernando que versa sobre Arte.

En 1936 marchó al extranjero para regresar a España al finalizar la Cruzada, continuando después sus tareas médicas y sus ensayos históricos y literarios.

En 1953 hizo un viaje al Brasil, donde pronunció varias conferencias médicas. En la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, de Madrid, pronunció el discurso necrológico del duque de Alba, en el que enalteció brillantemente la memoria del ilustre prócer.

En 1956 ingresó en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando y después realizó un viaje a Francia para posesionarse de la plaza de académico de número de la Academia francesa de Ciencias Morales y Políticas, plaza para la que fue elegido en la misma promoción que Sir Winston Churchill y el general Dwigth Eisenhower. Al ingresar en la Academia Francesa pronunció un interesante discurso, y en el tiempo que duró su estancia en París pronunció diversas conferencias, una de ellas en la Embajada de España, y fue recibido por el presidente René Coty en audiencia, en el Palacio del Elíseo.

Don Gregorio Marañón era miembro correspondiente de numerosas Academias españolas y extranjeras, doctor Honoris Causa por diversas Universidades y estaba en posesión de muchas condecoraciones.

Estas breves notas no tienen pretensión de cosa definitiva, ya que es imposible, en tan corto espacio y brevedad de tiempo, dar una semblanza completa de figura y obra tan amplia y tan variada de matices.

La *Dirección* de esta Revista considera simplemente cumplido su propósito de dedicar un homenaje a la figura del profesor Marañón y honrar con estas líneas su recuerdo en la Medicina española.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960
SECCIÓN VARIA

MEDICINA E HISTORIA

LA OFTALMOLOGÍA ÁRABE EN LA ESPAÑA MUSULMANA DURANTE LOS SIGLOS XI Y XII

POR LOS DOCTORES

FRANCISCO OLIVER RUBIO
PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA
PROFESOR ENCARGADO DE LA CÁTEDRA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

y

FERNANDO ZUBIRI VIDAL
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRENSA Y PROPAGANDA DE LA S. E. M. A., DE LA I. «FERNANDO EL CATÓLICO»
PROFESOR A. DE CLASES PRÁCTICAS EN LA CÁTEDRA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

ZARAGOZA

La visión es espectadora; el oído es participante.
DEWEY

Es forzoso reconocer que nunca habían florecido en España las ciencias, y entre ellas la Medicina, como en el tiempo de los califas, verdaderos amantes de todo lo que representaba saber, y que, sin duda alguna, protegieron de una manera extraordinaria a todos los hombres que se dedicaron al estudio.

Es sabido también que fueron los árabes capaces de realizar largos y penosos viajes, muchos de ellos con fines científicos, los que les instruyeron en el conocimiento de las lenguas orientales y les permitió traducir a su idioma las obras de los más esclarecidos maestros de Grecia. Como fácilmente se comprenderá, para realizar esta ingente labor tuvieron que estudiar las diversas lenguas orientales y principalmente la griega.

Por los historiadores se ha discutido mucho si los árabes tradujeron directamente a su idioma las obras de los filósofos y médicos griegos, partiendo de esta lengua, o si, por el contrario, fueron tomados como base los escritos de éstos que estaban en siriaco. El padre Patricio de la Torre, en su «Ensayo sobre la Gramática y Poética de los árabes», asegura que éstos tradujeron las obras partiendo de los originales griegos y no del siriaco.

El gran historiador y amante de los árabes Miguel Casiri, famoso religioso maronita y sabio orientalista que enseñó el árabe, el siriaco y el caldeo y fue bibliotecario de El Escorial, y que tuvo el enorme mérito de haber estudiado y conservado multitud de las obras escritas por los sarracenos españoles, es de esta misma opinión y manifiesta en sus escritos que es verdaderamente triste que tantísimas obras como fueron realizadas por los médicos árabes nacidos en nuestra Península, hayan casi desaparecido o estén totalmente olvidadas. Indica también que la biblioteca de El Escorial es una de las más ricas del mundo en manuscritos de la antigüedad, particularmente en códices árabes, de muchos de los cuales hace

Comunicación presentada a la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el día 11 de febrero de 1960.

un estudio detallado. Escribió este gran historiador una biografía de los principales médicos del Al-Andalus, biografía que es muy interesante.

Nosotros debemos manifestar que lo que sabemos de la Medicina árabe está basado, en su mayor parte, en traducciones defectuosas que se hacían de los libros de aquella época, y esto era motivado principalmente por el deficiente conocimiento que del árabe se tenía en la Edad Media.

Un estudio más detenido de algunos textos árabes ha permitido demostrar que casi todas esas versiones no son más que caricaturas del original. Con la ampliación de estos estudios se tiene el vehemente deseo de que, con el conocimiento más extenso de los originales se compruebe que aquel pueblo tan inteligente, cuyas producciones en el campo de las Matemáticas y de la Astronomía, de la Física y de la Química, de la Geografía y de la Botánica, se conocen de larga fecha, haya hecho también por la Medicina en general y por la Oftalmología en particular mucho más de lo que hasta ahora se ha creído.

La Medicina árabe puede considerarse dividida en tres grandes períodos. El primero, que podemos llamar de preparación, que se extiende, aproximadamente, hasta la mitad del siglo IX; el segundo, desde esta fecha hasta el año 1200, sobre poco más o menos, y un tercer período que comienza en el siglo XIII, en el que la Medicina árabe y, por lo tanto, la Oftalmología, sufren un eclipse completo, ya que apenas se encuentran oftalmólogos de verdadero relieve.

Los oftalmólogos más notables en este segundo período, que es el que estamos estudiando, son:

Abu-l-Mutarref Abderrahmán ben Muhammad ben Abd-el-Kebir ben Yayha ben Uafed el Lajmi, al que también se llamaba Ibn Guefit. Nació este famoso médico y farmacólogo toledano en el año 978 y murió en 1074, habiendo escrito un tratado de las enfermedades de los ojos, que Leclerc descubrió y que, al parecer no se ha conservado.

Muhammad al-Ghâfiquî, natural de Córdoba y que escribió una obra distribuída en seis partes, en la que trata de la anatomía del cuerpo humano, obra que titula «Disector», en la que se extiende sobre la forma cómo deben efectuarse las curaciones de las enfermedades que afectan a los ojos; en ella figura la manera de efectuar la operación de la catarata, operación que describe en este libro con muchos e interesantes detalles.

Abulcasis; su nombre árabe fue Abulcasim Jajaf el Zahaawi. Nació en Medina-Zahara [1], próxima a la ciudad de Córdoba, ignorándose la fecha exacta de su nacimiento, aunque se supone que fue en el año 936, y se cree que fue asesinado en una de las sangrientas revueltas que se produjeron al ser derrotada la dinastía de los Omniades [2] y desaparecer el esplendor del Califato, en el año 1031.

[1] Ciudad de ensueño que ordenó edificar el califa Abderramán III al pie de la sierra cordobesa. En el centro de ella existía un magnífico palacio que este califa mandó construir y que 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.

[2] Es ésta la primera dinastía de los califas árabes que ocupó el trono de Damasco y que fue derribada, tras sangrientas luchas, en el año 749. Un hijo de esta familia, Abderramán, que pudo salvarse de la matanza, fue requerido por los árabes de España para que viniese a ésta, ofreciéndole la corona. Ya en nuestra Península, luchó contra Yusuf, al que derrotó. Formó un nuevo imperio que, bajo el nombre de Emirato Independiente de Damasco (esta independencia quiere decir que, en lo que se refiere a religión, todavía dependían de Damasco, pero que en lo político no tenían relación alguna con ellos), subsistió hasta el año 912 y que transformó en esta fecha en califato Abderramán III, califato que duró hasta el 1031.

Es, sin duda alguna, el más famoso médico de su época, no sólo de la Península Ibérica, sino del resto del mundo; alcanzó gran reputación como cirujano y fue médico privado del célebre califa Abderramán III [3], y más tarde, del famoso Hagih Almanzor [4].

Sus obras, principalmente el libro titulado «Tasrif» o «Altarif», título de difícil traducción y que se interpreta como la «Práctica», «Formulario», «Vademécun» o, también, el «Libro de las Manipulaciones», es una verdadera enciclopedia médica que consta de treinta libros.

En el último de éstos, que es el más popular y el más importante de los por él escritos, y que fue el que puso a su autor a la altura de Hipócrates y Galeno, se describen con gran extensión algunas variedades de tumores de los párpados y la forma cómo deben extirparse. Se indica también lo que debe hacerse en los casos de prolapso palpebral, y cómo hay que practicar la operación de la fístula lagrimal. Para efectuar esta operación emplea un instrumento cuya punta está guarnecida con una ruedecita. Cita en su libro XXX una aguja de catarata que ya usaban los cirujanos del Irak, que dice es hueca para que se pueda con ella absorber la catarata.

El famoso historiador alemán Kurt Sprengel, que a pesar de las pocas simpatías que tenía por los árabes no pudo dejar de elogiar en sus obras bibliográficas a Abulcasis, dice de él que en su libro hace mención de una aguja que usaban los cirujanos del Irak, que era hueca y que con ella aspiraban éstos las cataratas no comunes, «cosa que, en verdad —manifiesta Sprengel—, no sé cómo puede realizarse».

No comprendemos esta afirmación de Kurt Sprengel, pues es sabido que Ammâr ibn Alí al-Mausilî, que era un oculista de El Cairo en los comienzos del siglo XI, publicó un trabajo que tituló «Libro selecto sobre la Ciencia Oftalmológica, sobre las enfermedades de los ojos y sus tratamientos medicamentosos y operatorios», del que, por su interés y para rebatir la opinión del historiador alemán, reproducimos a continuación:

«*Descripción de la aguja maciza y de la aguja hueca, de su forma e indicación de la razón por la cual se ha hecho una aguja triangular y hueca.*—La aguja de catarata debe tener la longitud del puño de la mano; en caso necesario, la mitad más, sin contar la punta con la cual se hace la paracentesis. La longitud de la punta que penetra en el ojo debe ser la de la falangeta del dedo pulgar. La aguja debe tener un pequeño botón que separe la punta del mango. En cuanto al grano de cebada (hierro puntiagudo) con que termina la aguja, éste debe ser triangular por dos razones: primera, para dar al lugar de la paracentesis una forma triangular, puesto que una herida a ángulos cura más rápidamente que una herida redonda; segunda, se ha hecho triangular con objeto de que el operador pueda siempre conseguir el contacto de una de las caras del instrumento con la catarata.

[3] Es el que crea en España (hay que recordar que el nombre de España no existía entonces, y se denominaba el Al-Andalus) el califato en el año 912; fue un gran gobernante y extraordinario guerrero, muy amante de las ciencias y de las artes, y el que fundó en Córdoba una Escuela de Medicina que con la de Salerno eran las dos únicas que existían en Europa en aquella época.

[4] Hombre ambicioso y de familia noble, que ya desde su juventud tenía la idea fija de ser primer ministro, y que no solamente logró esto, sino que también fue el guerrero más notable de su época. Durante muchísimos años salió de conquistas, casi siempre en la primavera y en el otoño, al frente de nutridísimos ejércitos por él organizados, regresando de todas sus expediciones lleno de gloria y de botín. Fue, por fin, derrotado por las fuerzas aliadas del rey Alfonso V de León, con las castellanas y navarras, resultando muerto a consecuencia de las heridas que recibió en la batalla de Calatañazor, que tuvo lugar en el año 1002.

No debe preocuparse de cuál es la cara que estará en contacto con la catarata, puesto que con cualquiera de las tres puede el operador batir sin dificultad la catarata.

Descripción de la aguja hueca.—La aguja hueca debe tener la misma forma que la aguja maciza, excepto que debe ser más gruesa. La cavidad debe atravesarla de un extremo al otro. La catarata es atraída hacia un agujero cortado en cada un de las tres caras triangulares de la aguja. ¡Quiera Alá que el que opere con este instrumento se valga de un ayudante diestro y práctico!

Descripción de la operación por medio de la aguja hueca.—La primera fase de la introducción de la aguja en el ojo es la misma que para la aguja maciza. La diferencia de manipulación empieza cuando la aguja introducida en el ojo ha comenzado a batir la catarata, de la misma forma que la aguja maciza. Habiendo batido la catarata y habiéndose vuelto visible la mitad de la pupila (quiere decir: negra), tú ves la aguja en el ojo —ésta no aparece más que después de haberse aclarado la pupila— y mira bien sobre cuál de las tres caras del instrumento se encuentra la abertura que tú adaptas sobre la catarata. Ordena entonces al auxiliar de aspirar con fuerza; la catarata, que tiene un cuerpo espeso (gracias al vacío producido por la succión), queda suspendida en la abertura de la aguja. Si esto ocurre, ordénale aspirar con fuerza vigilando bien al mismo tiempo la catarata. En cuanto la catarata haya alcanzado el hueco de la aguja, quítala, mientras el ayudante continúa la succión sin cesar hasta que hayas retirado la aguja del ojo con la catarata. Después de esto, el enfermo no tiene necesidad de permanecer acostado; pero su ojo debe ser vendado hasta que se haya cerrado el lugar de la paracentesis. El médico debe recomendar al ayudante de tener cuidado durante la succión para no dejar entrar en el ojo el aliento, lo que ocasionaría una protrusión. El médico debe evitar también que la aguja penetre en el humor albuminoideo (humor acuoso, aquí también el cuerpo vítreo), que sería atraído durante la succión, lo cual provocaría la atrofia del ojo.

Después de la operación, el enfermo debe evitar la luz natural y artificial durante cuarenta días. Debe evitar, además, el coito, los vómitos, los gritos y el estreñimiento.

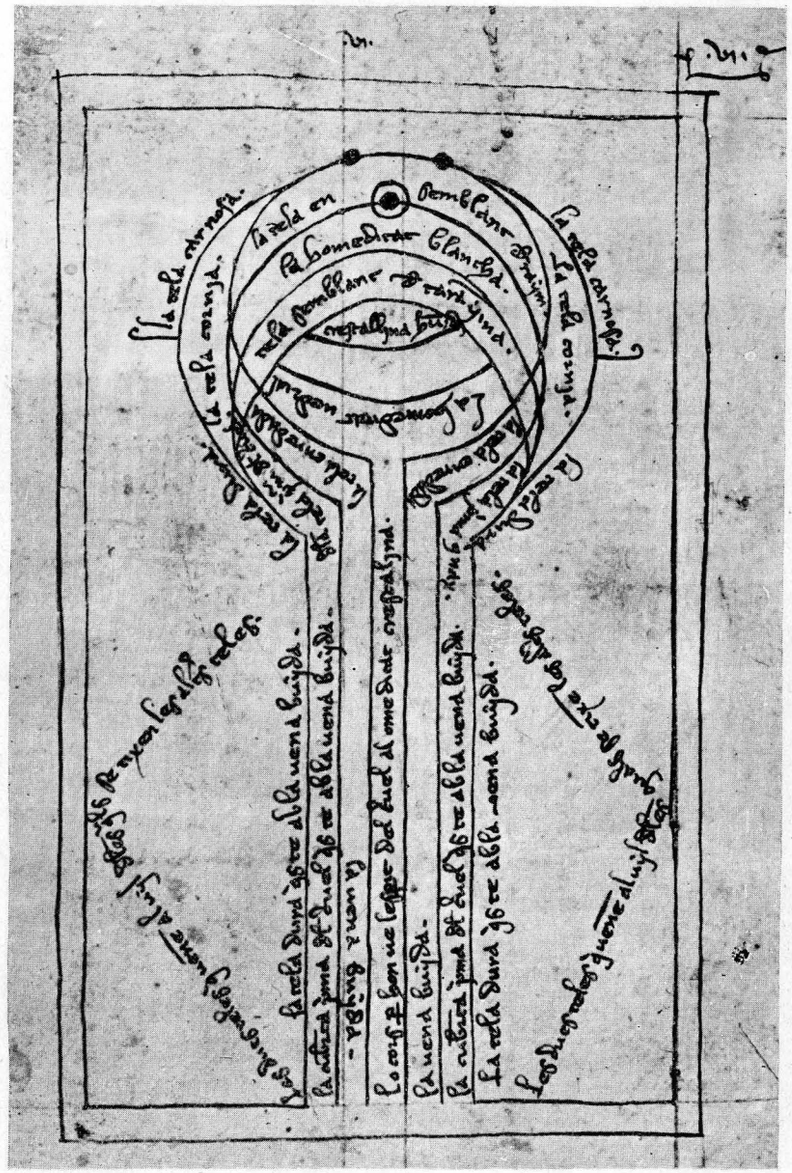
He ahí todo lo que concierne a la ejecución de la operación de la catarata. Si yo dispusiera de tiempo superfluo, habría querido alargar mi discusión. No obstante, he abreviado de manera que cada uno pueda comprenderla y que sea fácil al estudiante retenerla.»

En la época de Abulcasis, la cirugía estaba vilipendiada y los médicos consideraban como un deshonor su ejercicio. Nosotros podemos asegurar que entre los múltiples méritos que le cupieron figura el de haber transformado en profesión respetable el arte quirúrgico.

Fue este médico, cuya obra estamos analizando, capaz de salvar las enormes dificultades que se oponían al estudio de la Anatomía, consiguiendo disecar cadáveres humanos, a pesar de estar ello terminantemente prohibido por el Korán.

Le cabe también el honor de ser el primero que introdujo la costumbre de ilustrar las obras médicas con dibujos de los instrumentos que se describen en el texto, muchos de los cuales fueron de su invención.

Alicasem-Omar B. Alí-Maselensi. Nació en Almería y estudió Medicina en Granada, dejándonos escrita una obra dividida en dos tomos. En el primero de ellos trata de las enfermedades de los ojos y de varios colirios para la curación de las mismas. En el segundo, que tituló «Liber Selectus», trata de la composición y estructura del ojo, de las enfermedades de este órgano que requieren operaciones de cirugía y de cómo debe realizarse la extracción de la catarata.



FOLIO VI. FIGURA DEL OJO. (DEL CÓDICE EXISTENTE EN LA BIBLIOTECA DEL CABILDO CATEDRALICIO DE ZARAGOZA)

Avenzoar, cuyo nombre árabe era Abu Mernan Abd El Maleck ben Abd Ben Zor, tuvo el sobrenombre de «Célebre Sabio». Nació en Peñaflor (Sevilla), hacia el año 1070, y falleció en 1163, siendo enterrado en Sevilla en el cementerio de su familia. Hay que hacer resaltar que vivió noventa y tres años, edad muy difícil de alcanzar y que no se observa en casi ninguno de sus contemporáneos.

Fue un médico muy ilustre y notable por sus grandes dotes de observador, que le permitieron realizar curaciones verdaderamente extraordinarias que se tomaron como milagrosas. Era un profundo pensador y conocía a la perfección el hebreo, el sirio y el árabe, dejando interesantes escritos en prosa y en verso en estos tres idiomas.

Escribió una obra muy original titulada «El Teisir» o tratado de la medicina dietética, en la que contradice muy a menudo a los indiscutidos Galeno y Avicena. En ella intercala algunos estudios anatómicos, siendo principalmente interesantes y curiosos los que se refieren al útero y al órgano de la visión.

En «El Teisir» recomendaba, para el tratamiento de la fístula lagrimal, la compresión y los astringentes, que eran los medios que él siempre empleaba. Consideraba la catarata como producida por un humor coagulado, humor que era determinado por los vapores que se elevaban del estómago, y desechaba todos los métodos quirúrgicos empleados para la extracción de la misma.

Abu-Muhammad ben Alí Meruán ben Zóar el-Hafid. Nació en Sevilla, en el año 1113 y murió en Marruecos en 1199. Su libro «De cura oculorum» está, según Hoefer, todavía inédito. El historiador Wütenfeld le atribuye también esta obra.

Abu Yáfar ben Harún Et-terjalí. De este médico se cuenta una anécdota que demuestra su desinterés, y es la siguiente: Al caid Abu Meruán El-Badji se le había incrustado una astilla en el ojo. Fue llamado Abu Yáfar, quien le curó y le devolvió la vista, sin querer aceptar como pago los 300 dinares que le ofrecía como remuneración.

Muhammad ben Jalef ben Musa el-Ansarí el-Auasí, que murió en 1161, había escrito un tratado sobre las enfermedades de los ojos.

Alcoatí. Nació en la ciudad de Toledo, a principios del siglo XII, y es considerado como un famoso oftalmólogo árabe. No puede determinarse con precisión si era cristiano o árabe, pues para unos era cristiano, es decir, un mozárabe [5] o un cristiano de tradición mozárabe, de los que en aquella época abundaban en la región toledana. Para la mayor parte de los historiadores que han estudiado su obra, era un árabe y lo consideraban, por tanto, como a tal.

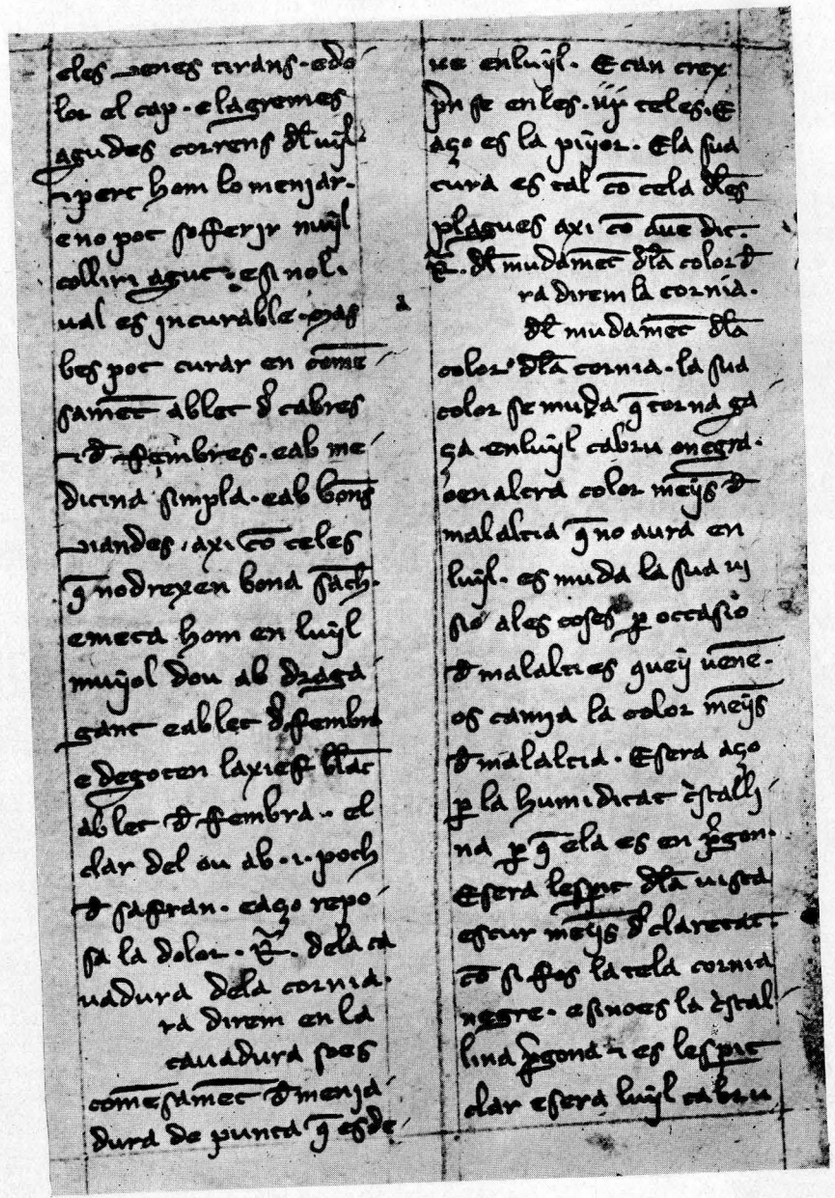
El doctor Pansier [6], en sus escritos, no indica claramente cuál era el verdadero nombre de Alcoatí, ya que manifiesta que, según se deduce del manuscrito conservado en Erfurt y descubierto por el profesor J. L. Pagel [7], su nombre sería Soleimán-ben Arit-al Coatí, y este mismo nombre es el que figura en el códice existente en la biblioteca del Cabildo Catedralicio de Zaragoza. Sin embargo, en el manuscrito existente en Metz, que no está completo, ya que empieza en el libro III de la obra de Alcoatí, figura como nombre Alcoatin Salomonis fili.

Según las declaraciones del propio Alcoatí que figuran en su famoso libro,

[5] Se conoce con esta palabra al cristiano que vivió antiguamente entre los moros de España, mezclado con ellos y protegido por sus leyes.

[6] Historiador de la Medicina de finales del pasado siglo, nacido en Aviñón, que escribió muchas monografías y textos relativos a la ciencia oftalmológica, y que estudió la obra de los médicos Arnaldo de Vilanova, Joannes de Casso y otros.

[7] Profesor de la Universidad de Berlín e historiador de la Medicina, que a finales del pasado siglo estudió la obra de los oftalmólogos árabes, principalmente de Alcoatí. Dejó una escuela que se dedicó al estudio de las grandes obras médicas de la antigüedad.



A LA VUELTA DEL FOL. XXXVI. SE TRATA EN ESTA PÁGINA DE LA CAVADURA DE LA CÓRNEA Y DEL CAMBIO DE COLOR DE LA MISMA. (TANTO EN ESTE FOLIO QUE REPRODUCIMOS FOTOGRÁFICAMENTE, COMO EN LOS RESTANTES DEL LIBRO, FALTAN LAS LETRAS MAYÚSCULAS QUE ENCABEZAN LOS DIFERENTES APARTADOS)

comenzó su obra titulada «Congregatio sive Liber de Oculis quen compilavit Alcoati christianus toletanus», en su ciudad natal, Toledo, en el año 1159, bajo el reinado de Alfonso IX de Castilla, y la concluyó en Sevilla, ciudad que estaba gobernada por el emir Yusuf-ben-Texufin o Taxfin. Esta obra fue escrita en árabe y no en latín como sostiene el doctor Pansier, si bien este libro, por lo menos que nosotros sepamos, no existe en la actualidad.

Dejadas aparte las disquisiciones anteriormente apuntadas, debemos manifestar que se trataba de un hombre que había leído muchas de las obras de los médicos de la antigüedad, principalmente las de Hipócrates y Galeno, y que además había logrado crear en Toledo una verdadera escuela de oftalmología en la que, aparte de la cosa teórica, se intentaba averigur cuál era la verdadera forma y estructura del ojo. Esta orientación es la que, sin duda alguna, le indujo a escribir su libro, en el que aparecen figuras muy interesantes que facilitan la comprensión de tan delicado y difícil órgano.

De esta obra escrita por Alcoatí existen en la actualidad, que nosotros tengamos noticias, las tres transcripciones a las que antes nos hemos referido y que se encuentran, respectivamente, en la Biblioteca Amploniana, de Erfurt; en la Biblioteca de Metz y en la del Cabildo Catedralicio de Zaragoza.

La existente en esta última biblioteca ha sido magníficamente transcrita por el bibliófilo catalán Luis Deztany, si bien es una pena que en los preliminares que hace a su trabajo se vean claramente sus ideas separatistas, ya que considera que todos los escritos de oftalmología realizados en el siglo XIV, y aun en los siglos anteriores, eran efectuados por médicos catalanes.

Vamos nosotros a referirnos principalmente al códice existente en Zaragoza, que es de un extraordinario valor y debe considerarse como una verdadera joya médica. Consta este libro de CII folios de papel grueso, de 27'5 por 17 centímetros, numerado en caracteres romanos, escrito en rojo y negro, a dos columnas, en catalán y con clarísima letra del siglo XIV.

Este volumen, que se encuentra en perfecto estado de conservación y que puede leerse con toda claridad, ya que no falta ni una sola letra en todo el texto, a excepción del folio XCVI, totalmente desaparecido, pero hay que decir que se trata de un folio que no afecta al texto de Alcoatí, sino a unas opiniones de Galeno que figuran en el mismo.

Las tapas son de cartón recubiertas de piel, y, sin duda alguna, corresponden a una época posterior a la del manuscrito.

En el folio VI aparece el dibujo esquemático del globo ocular, en el que son expuestas con toda clase de detalles la disposición de los humores y contextura de las membranas o telas que lo componen. Este importantísimo documento gráfico, que le da un gran valor a esta obra, falta en los manuscritos latinos existentes en Erfurt y Metz. En la misma aparecen algunos espacios en blanco que en las otras obras están ocupados por pequeños dibujos de muy escaso valor.

Este códice, que comienza diciendo «En el nombre de Nuestro Señor Jesucristo y de la siempre Beata Virgen María. Yo el Maestro Juan Jacme, médico del Señor Rey de Aragón, lo que él compra con sus dineros por amor de Dios, comienzo a pasar del árabe al romance el libro llamado Alcoatí, que fue comenzado en Toledo y acabado en Sevilla», está dividido en cinco reglas o libros.

En el primero de ellos, que es la introducción al mismo, aparece la razón por la que fue escrito este códice.

En el segundo trata de la anatomía de las diferentes partes del ojo, describiéndose con todo detalle las túnicas que lo componen, sus humores, nervios,

músculos, párpados y pestañas, así como las diferentes coloraciones que el ojo puede tener, encontrándose esta parte dividida en diecisiete capítulos.

En el tercero trata de aquellas enfermedades que afectan al ojo, explicando cuáles son las que corresponden a cada una de sus partes, túnicas y humores, y analiza las causas que determinan la debilidad de la visión. Trata de la curación de las cataratas, indicando los diferentes medios quirúrgicos que se empleaban, y presenta la descripción de instrumentos y punzones que se usaban para la citada intervención. Describe el cáncer del ojo, las diversas clases de conjuntivitis, la manera cómo fluyen las lágrimas y la causa de la fístula en el lagrimal mayor. Se refiere en este libro a las diversas enfermedades que afectan a los párpados, estudiando los tumores y las inflamaciones que pueden presentarse en los mismos, los apostemas, el prurito y la rubicundez del ángulo del ojo que aparece en algunos casos después de realizarse la depilación de las pestañas.

El cuarto, que se encuentra a su vez dividido en dos partes, está dedicado a las medicinas simples que se emplean en la terapéutica de las enfermedades de los ojos.

En el quinto se estudian los medicamentos compuestos empleados en oftalmología, y llama poderosamente la atención la enorme cantidad y variedad de colirios, que indica cuándo deben emplearse en forma caliente o fría, citando con gran frecuencia que ya fueron usados con anterioridad por Galeno o Iohannicio. Describe también los emplastos y ungüentos de Racis, el ungüento sacado del libro de Damasceno, todo lo cual demuestra que la práctica oftalmológica y la erudición de este autor eran verdaderamente notables.

No puede, por tanto, negarse que la obra del toledano Alcoatí señala un momento de auge en la oftalmología árabe y que las dos traducciones latina y catalana indican claramente la celeridad que ella alcanzó en el ámbito cristiano.

Avenzoar el Joven, también conocido por Ibun Zohar o Zor, nació en Sevilla en el año 1181 y era hijo y discípulo de Avenzoar. Al igual que su padre, fue un médico notable que gozó de gran fama. Padeció multitud de persecuciones, viéndose obligado a marchar a Marruecos, donde murió a los 74 años de edad.

Escribió muchos libros de Medicina, y entre ellos uno titulado «De cura oculorum».

Este médico, por querer compaginar el ejercicio de la Medicina y de la Cirugía, fue gravemente reprendido por su padre, el que, como antes hemos indicado, consideraba a la cirugía como cosa despreciable, pues hay que tener en cuenta que en esta época era frecuente que los médicos tratasen a los cirujanos como a gente vulgar y sin estudios, es decir, como si fuesen sus criados.

Nos hemos preguntado cuál sería la razón que indujo a los árabes a estudiar con tanta asiduidad e interés la oftalmología, y creemos poder afirmar que ello sería debido a la frecuencia con que se padecían entre los musulmanes las enfermedades de los ojos.

Es por todos sabido que el clima influye poderosamente sobre la vida y costumbres de los habitantes de un país. En Marruecos, la intensa luminosidad existente, el polvo de sus desiertos, la falta de agua, la pobreza, la suciedad y otra serie de causas, son las que han determinado desde la antigüedad gran número de afecciones oftálmicas, que han obligado a sus médicos a estudiarlas con interés.

No hay que olvidar que los árabes españoles, aunque se hicieron independientes de los gobernantes de Marruecos, no por ello dejaron de estar en contacto constante con su país de origen, y, por tanto, sus trabajos, estudios e inquietudes estu-

vieron, sin duda alguna, influenciados enormemente por las doctrinas y la ciencia del otro lado del mar Mediterráneo.

Debemos manifestar igualmente que las condiciones climatológicas de la parte Sur y Sudeste de nuestra Península son parecidas a las del Norte de Marruecos, y, por tanto, las oftalmías se daban también con gran frecuencia, según nuestra opinión anteriormente señalada.

De todo lo anteriormente expuesto, nosotros nos atrevemos a sacar las siguientes *conclusiones:*

Primera: Que los Califas y Emires árabes españoles favorecieron el estudio de las letras y las ciencias, y entre ellas la Medicina, ayudando a los estudiosos y fundando escuelas de Medicina, siendo las más importantes las existentes en las ciudades de Córdoba [8], Toledo y Sevilla, escuelas que fueron frecuentemente visitadas por numerosos sabios de toda Europa.

Segunda: Que la Oftalmología fue estudiada con gran interés y cariño por los árabes, principalmente en su escuela de Toledo, donde no solamente se recopilaron y tradujeron los trabajos de los griegos, sino que se intentó averiguar cuál era la verdadera estructura y forma del ojo, su funcionamiento, enfermedades que padecía, etc.

Y tercera y última: Que la causa de que estudiasen con tanto ahinco esta ciencia, sería la gran frecuencia con que aparecían entre ellos las enfermedades de los ojos, enfermedades que tuvieron gran interés en evitar y combatir.

BIBLIOGRAFÍA

AGUADO BLEYE, P.—«Manual de la Historia de España».

CASIRI, M.—«Biblioteca Arabico-Hispana escurialensis». Madrid, 1760.

CASTIGLIONI, A.—«Historia de la Medicina».

CODORNIU, A.—«Compendio de la Historia de la Medicina». Madrid, 1839.

CHINCHILLA, A.—«Anales históricos de la Medicina en general». Valencia, 1841.

DEWEY.—«Pedagogía y Filosofía». Trad. J. Méndez. Madrid, 1930.

DEZTANY, L.—«Alcoatí. (Libro de la figura del Uyl)». Barcelona, 1933.

DIEPGEN, P.—«Historia de la Medicina». Barcelona, 1932.

FERNÁNDEZ, F.—«La Medicina Arabe en España».

GARCÍA DEL REAL, E.—«Historia de la Medicina Española». Madrid, 1921.

GARRISON, F. H.—«Introducción a la Historia de la Medicina».

GONZÁLEZ PALENCIA, A.—«Historia de la España Musulmana». Colección Labor. Barcelona, 1932.

HERNÁNDEZ MOREJÓN, A.—«Historia bibliográfica de la Medicina Española». Madrid, 1842.

LECLERC, L.—«Histoire de la Medicine Arabe». París, 1875.

LUTFI, M. SA'DI.—«IBN. Al-Haitham. (Alhazen)». Laboratorio del Norte de España. Masnóu, Barcelona, 1957.

MEYERHOF, MAX.—«Las operaciones de catarata de Ammar IBN Alí-Al-Mansilí». Laboratorio del Norte de España. Masnóu, Barcelona, 1937.

PANSIER, P.—«Collectio Ofhtalmologica Veterum Auctorum». París, 1904.

PANSIER, P.—«Breve concepto de la Oftalmología Arabe». Laboratorio del Norte de España. Masnóu, Barcelona, 1956.

PERALES, J. B.—«Manual histórico de la Medicina en general.

ZUBIRI VIDAL, F.—«La Ciencia Médica de Al-Andalus en los siglos XI y XII». Trabajo leído en la sesión celebrada por la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el día 21 de junio de 1956. Zaragoza, 1956.

ZUBIRI VIDAL, F.—«Consideraciones sobre la enfermedad del Rey Don Sancho el Craso». *Clínica y Laboratorio,* número 394. Zaragoza, 1959.

[8] En esta ciudad existía una biblioteca, en el año 915, que tenía 600.000 volúmenes, muchos de ellos de obras médicas que contenían toda la Ciencia y Filosofía helénica, que tradujeron los monjes nestorianos y cristianos sirios.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 409 - TOMO LXIX
ABRIL 1960
SECCIÓN VARIA

EL ANUNCIO PROFESIONAL DEL MÉDICO

POR EL

DR. RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES

ACADÉMICO DE LA NACIONAL DE MEDICINA. PREFESOR DE MEDICINA LEGAL

MADRID

EL tema del anuncio profesional del médico sigue siendo una materia de opinión apreciada de diversas maneras por diferentes tratadistas del asunto.La siempre vieja y siempre actual cuestión continúa siendo muy debatida. Nada de lo que podamos decir, en un sentido favorable o adverso, es nuevo. Todo se ha dicho y reiterado hasta la saciedad, con abundancia de argumentos en pro y en contra, y para todos los gustos y preferencias.

Hay autores que, recelosos en grado sumo, morbosamente escrupulosos, ordenancistas y rígidos en extremo, condenan sin contemplaciones el anuncio médico profesional, lo rechazan en absoluto, a ultranza, con aires de escandalización más o menos farisaica. Los hay, también, que los admiten sin más ni más, sin reservas, casi sin cortapisas. Entre unos y otros están los fatalistas, que afirman que nada se puede hacer contra él, y los que, aun lamentándolo, lo toleran dentro de ciertos límites, considerándolo dentro de ciertas condiciones, para evitar males mayores.

El médico, al pagar su contribución a la Hacienda, según las tarifas que se le han asignado, se propone ganarse la vida con su oficio, realizando, a cambio de la debida remuneración, el mayor número posible de visitas, consultas y demás actos y actuaciones propios de la carrera que ejerce. Para lograrlo, puede emplear los medios rectos, honestos, que le conduzcan a la correcta realización de sus propósitos, de sus legítimas aspiraciones y ambiciones. Y entre esos medios está el del anuncio, siempre que con decoro se anuncie el médico. En el régimen de las cosas que se venden y negocian por dinero, o por sus equivalentes y sucedáneos, en cuyo comercio se desea la ganancia, se persigue la utilidad, cosa por lo demás legítima, no puede prescindirse hoy día de la publicidad, de alguna publicidad por lo menos, o de cosas muy parecidas, si bien ha de huirse siempre de sus abusos, engaños, errores y mentiras.

El anuncio profesional del médico, para que sea tolerable, ha de ser breve, sobrio, digno, preciso, concreto, verídico, moderado, decoroso, honesto, sincero, leal, sin hinchazones, sin ruidosidad, con sentido de la medida y de la responsa-

---

Conferencia pronunciada el 16 de febrero de 1960, en la Real Academia Nacional de Medicina.

bilidad, y en las condiciones y con los requisitos que señala la Deontología médica. El anuncio profesional ha de ser auténtico, no ha de mentir, no ha de atentar contra las buenas costumbres, no ha de ofender el buen gusto, no ha de incitar al público para actuar desordenadamente. El servicio o la función que se anuncien no han de ser dañinos en ningún sentido; no han de tener efectos perjudiciales en el orden físico, intelectual, moral, social, conómico, político, de las personas a las que se dirija el anuncio.

La vigilancia en el cumplimiento de estos requisitos y condiciones corresponde principalmente a los Colegios de Médicos y a su organismo central del Consejo de Colegios, con la oportuna colaboración de otras entidades educadoras, profesionales, científicas, académicas, sanitarias. Esta delicada materia, en todos sus aspectoss, ha de merecer una atención especial de tales organismos, para que se cumplan cuidadosamente, con rigurosa observancia, las normas sancionadas por su reglamento, que han de extenderse, debidamente completadas y ampliadas, a todas las formas de la propaganda y la publicidad del médico en el ejercicio de su oficio.

Por lo que se refiere a nuestra posición personal en esta materia, aun admitiendo aquellos anuncios médicos profesionales tan conocidos, tan extendidos en algunos sitios, que se han practicado siempre, que se siguen usando, que están debidamente reglamentados, que gozan de un general consentimiento, que son considerados por lo común como normales y legítimos, que son aceptados sin protesta, sin resistencia, como la cosa más natural, sin embargo, no los aceptamos. Los toleramos como un mal menor, pero no nos satisfacen, no nos gustan, por muy autorizados que estén.

Aunque legal y moralmente no se les pueda poner reparon serios, ya que reúnen las condiciones exigidas, sin embargo, nos disgusta ver en los lugares de publicidad de los periódicos, tanto desperdigados en sus planas, como administrativamente agrupados y clasificados por palabras, a tanto el vocablo, la línea, el espacio, el lugar, anuncios profesionales de médicos, en sus numerosas variedades, por correctos que sean reglamentaria y moralmente, aunque figuren en secciones distintas constituyendo una más en el mercado público de los servicios y prestaciones personales, de acuerdo con la común y uniforme mediocridad del gusto.

Este es nuestro leal saber, entender y sentir, y así lo manifestamos, pero con todo respeto para las opiniones autorizadas que difieren de la nuestra, igualmente sinceras, cuyos pareceres nos guardamos muy mucho de condenar. Opinamos de manera distinta, pensamos de manera diferente, y nada más. Diferente y distinto no significa opuesto ni contrario.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

CÁTEDRA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA
Director: Prof. F. BONILLA

GONADOTROFINURIA GRAVÍDICA. VALOR DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

POR EL

DR. FRANCISCO BONILLA

VALENCIA

EL descubrimiento de la hormona corial ha planteado una serie de problemas teóricos y prácticos ligados a su metabolismo, que son:

1) *Secreción placentaria:* localización, intensidad y mecanismo de la secreción gonadotrófica.

2) *Metabolización:* intensidad y lugar de la destrucción endógena.

3) *Eliminación urinaria.*

Nuestros conocimientos no son completos a pesar de todo lo que se ha investigado. Está perfectamente demostrado que la placenta es el lugar de formación de la hormona corial, y parecen ser las células de Langhans las encargadas de su elaboración.

También se ha estudiado el metabolismo endógeno. Aunque experimentalmente los resultados obtenidos por FERRER (1953) en nuestra clínica indican que el 72 por ciento de la hormona gonadotrófica inyectada es destruída endógenamente y sólo se elimina el 28 por ciento restante, durante el embarazo, sin embargo, la destrucción es mayor y sólo se elimina el 7'7 por ciento de la gonadotrofina circulante por la sangre, según ha observado SALVATIERRA (1954) estudiando la eliminación gonadotrófica durante el puerperio, precisamente cuando ya no existe el manantial placentario de producción.

Como es comprensible, ni se puede estudiar la secreción placentaria durante el embarazo, ni es posible tampoco investigar la destrucción endógena no sabiendo la cantidad de hormona segregada por la placenta. Por ello no queda otro recurso, desde el punto de vista clínico, que investigar los niveles sanguíneos o estudiar la eliminación urinaria, método éste más simple.

Desde hace años se sabe que la eliminación gonadotrófica muestra una curva típica. Sus valores aumentan paulatinamente hasta alcanzar cifras máximas entre los días 60-80 de la gestación; después comienza a disminuir bruscamente y con niveles relativamente bajos se mantiene hasta el final del embarazo.

Las gráficas que suelen ofrecerse como exponente de la eliminación gonadotrófica durante la gestación no representan, sin embargo, más que valores medios. Todos los que se han dedicado a su investigación cuantitativa han podido com-

probar grandes oscilaciones. Controlando en nuestra clínica dicha eliminación con intervalos de cuarenta y ocho horas (TORRES, 1951), nos vimos sorprendidos por descensos bruscos de 70 u. i./cc. a 20 u. i./cc., con ascensos similares en los días siguientes.

Estas oscilaciones no tienen la menor relación con la diuresis de la gestante, pues el índice de depuración renal se mantiene constante durante el embarazo (SALVATIERRA, 1954). Tan sólo oligurias o poliurias extremas podrían influir en el resultado. Deducimos de ello que las grandes oscilaciones de la gonadotrofinuria se deben fundamentalmente a las modificaciones de la gonadotrofinemia. Lo que ya no somos capaces de aclarar es si los valores sanguíneos oscilan por cambios en la secreción o en la destrucción endógena de esta hormona.

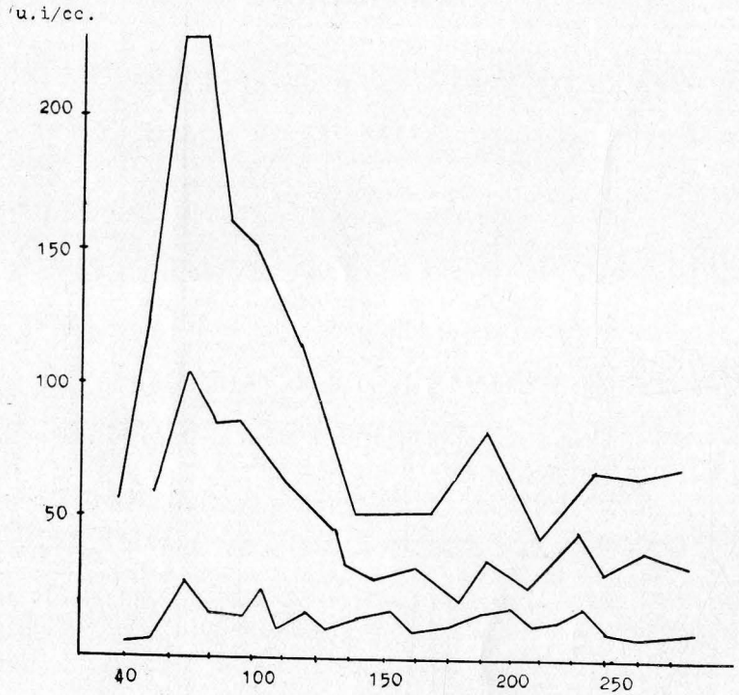


FIG. 1.—CURVAS DE VALORES ALTOS, MEDIOS Y BAJOS, INDICADORAS DE LA DIVERSA ELIMINACIÓN GONADOTRÓFICA EN EMBARAZADAS NORMALES

Consecuencia práctica de todo ello es que para interpretar el resultado de una simple determinación de gonadotrofinas en la orina hay que tener en cuenta dos cosas:

1) La época del embarazo en que se realiza la determinación hormonal.
2) Las amplias oscilaciones que fisiológicamente existen, no sólo de una gestante a otra, sino en la misma paciente.

Tan ampliamente varían las curvas de eliminación gonadotrófica de unas embarazadas a otras, que hemos establecido tres tipos de curvas: una de valores altos, otra de valores medios y la tercera de valores bajos, que hemos de considerar normales por cuanto ninguna de las gestantes abortó ni presentó el menor síntoma de amenaza de aborto (figura 1).

Claramente puede apreciarse que entre los días 60-80 la eliminación puede ser de 300.000 u. i./litro, o alcanzar tan sólo 20.000 u. i./litro; es decir, 300 ó 20 u. i./cc.

Prescindiendo de la variación individual, es indudable que cada época del embarazo muestra una secreción urinaria distinta y que conviene trazar la curva «standard» con fines comparativos. De los resultados que nos han proporcionado cuatrocientas cuarenta y seis valoraciones practicadas en ciento sesenta y tres embarazadas normales, llegamos a la conclusión de la conveniencia de dividir el embarazo en cinco períodos, los cuales, junto con las cifras medias de eliminación hormonal, aparecen esquemáticamente representados en la figura 2.

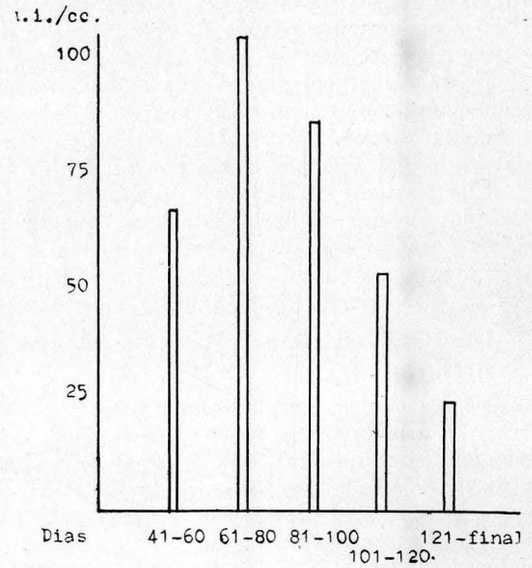


FIG. 2.—VALORES GONADOTRÓPICOS MEDIOS SEGÚN LOS DISTINTOS PERÍODOS DEL EMBARAZO

VALOR DIAGNÓSTICO DE LA GONADOTROFINURIA

Es innecesario recalcar la significación que la comprobación urinaria de la gonadotrofinuria corial, con sus distintas técnicas, ha representado para el diagnóstico del embarazo. Como todo método biológico, tiene sus errores, que alcanzan aproximadamente un 2 por ciento de los casos. Las causas de los mismos fueron analizadas por FERRER (1953) en nuestra clínica.

Conviene, sin embargo, recalcar que en dos épocas son más frecuentes los resultados erróneos: en los primeros días del embarazo y transcurrido el quinto mes de la gestación.

Diagnóstico del embarazo precoz.—Aunque la secreción y eliminación de gonadotrofinas es muy precoz y puede detectarse a veces el día veinticuatro de la gestación (contando desde la fecha de la última regla, antes, por tanto, de la primera falta), la secreción urinaria es escasa al comienzo del embarazo, oscilando entre 1 y 5 u. i./cc. Alrededor del día cuarenta (a los diez días de la amenorrea) ascienden los valores gonadotróficos, tanto en sangre como en orina. Así se explica que *durante los primeros quince días de amenorrea la reacción de Galli sea frecuentemente negativa.* En nuestros protocolos, el porcentaje es del 26'8 por ciento.

Ante la discordancia entre la clínica y el resultado de la reacción biológica, pueden adoptarse dos actitudes: o esperar que transcurran varios días para repetir la reacción, que suele ser entonces positiva, o bien proceder a la concentración urinaria para detectar las mínimas cantidades de gonadotrofinas eliminadas (BONILLA y FERRER, 1954).

Los métodos de concentración de la orina han sido rechazados de plano cuando empleábamos las técnicas de Aschheim-Zondek y de Friedmann, porque no siendo estas reacciones específicas de la hormona corial, aumentaba considerablemente el número de resultados positivos falsos. Distinto es el caso con la técnica de Galli. Investigaciones nuestras nos permitieron comprobar que los preparados de gonadotrofina sérica, a dosis de 3.000 u. i., no ejercen la menor influencia sobre la espermatogénesis de la rana. Tampoco concentrando grandes cantidades de orina (hasta 1.100 c. c.) de pacientes con miomas, carcinomas uterinos, menopáusicas, tuberculosis genitales, etc., conseguimos nunca un resultado positivo. Ello nos llevó a elaborar un método de concentración de la orina, basado, tras varios tanteos, en la precipitación de 40 c. c. con alcohol-éter.

En la actualidad procedemos sistemáticamente a repetir la reacción de Galli, empleando orina concentrada, cuando el laboratorio nos da un resultado negativo, y de esta forma *el porcentaje de errores* en el diagnóstico biológico de la gestación *desciende, del 1'93 por ciento con la técnica habitual,* al 0'051 por ciento.

Ello no tiene un interés sólo académico, sino práctico, ya que estamos convencidos de que algunas gestaciones que terminan por interrupción cursan con cifras gonadotróficas bajas desde el comienzo (véase más adelante). Así podemos iniciar precozmente un tratamiento profiláctico antes de que la viabilidad del huevo sea tan precaria que haga inútiles todos nuestros esfuerzos para salvarlo.

Otro problema que se plantea durante una gestación normal es el del

Diagnóstico biológico del embarazo avanzado.—No es infrecuente que sean remitidas a las clínicas hospitalarias o a las consultas particulares mujeres con amenorreas de más de cuatro meses, ante las dudas que surgen con motivo de una reacción biológica negativa. Ello se explica fácilmente por el descenso gonadotrófico a partir del día ciento veinte de la gestación. Si a esto añadimos las oscilaciones espontáneas, no es extraño que las reacciones puedan ser frecuentemente negativas. Por ello *las pruebas biológicas carecen totalmente de valor como método diagnóstico del embarazo pasado el cuarto mes,* al menos si la reacción es negativa. Ni siquiera debe procederse a la concentración de orina, ya que la clínica dispone en estas circunstancias de métodos precisos para hacer el diagnóstico.

Escaso valor tiene la eliminación gonadotrófica en el diagnóstico de la

Gestación extrauterina.—Aunque en nuestro material las reacciones fueron positivas en el 40 por ciento de los casos, y aunque hemos observado que la positividad de la reacción, a pesar de la metrorragia, puede prolongarse más días que en los casos de aborto intrauterino (Bonilla y Salvatierra, 1953), es lo cierto que sólo nos indica que existen vellosidades coriales funcionantes, mas sin aclarar su lugar de implantación, que es lo que realmente interesa saber en los casos de gestación ectópica.

Interés extraordinario tiene, en cambio, el estudio de la eliminación gonadotrófica en los casos presuntos de

Mola vesicular.—Es cierto que no se ha comprobado la primitiva afirmación de Zondek cuando pretendió, investigando simplemente la eliminación urinaria de gonadotrofinas, diferenciar un embarazo normal de una mola, y ésta, de un coriepitelioma. El confusionismo aumentó posteriormente al observarse reacciones biológicas negativas en casos de mola, y, por el contrario, cifras muy elevadas en embarazos normales y en distintas complicaciones gravídicas.

En realidad, no se había hecho un estudio sistemático de la gonadotrofinuria en los casos de mola vesicular en relación con la edad del embarazo, la clínica

del caso, la estructura histológica y la composición bioquímica de la vellosidad. Procediendo así, hemos podido clasificar nuestras molas del modo siguiente:

a) *Abortos molares:* metrorragia antes del día ciento veinte de la gestación; no hay signos de desproporción entre la época de la amenorrea y el tamaño del útero; la gonadotrofinuria es normal o está francamente disminuída. El diagnóstico de mola lo hace el anatomopatólogo.

b) *Molas con metrorragias y signos más o menos evidentes de desproporción* entre la amenorrea y el tamaño del útero. Las cifras gonadotróficas suelen ser superiores a las del embarazo normal. Sin embargo, lo fundamental no es la tasa gonadotrófica absoluta, sino:

1) El hallazgo de cifras elevadas en una época del embarazo en que normalmente ha tenido ya lugar el descenso gonadotrófico (gráfica 3).

2) La gonadotrofinemia elevada. Mientras la depuración renal en las gestantes normales es, por término medio, de 0'651 c. c./minuto, en los casos de mola vesicular alcanza tan sólo una cifra media de 0'238 c. c./minuto (investigaciones de nuestra clínica). Ello conduce a una gonadotrofinemia muy superior a los valores hallados en orina. Muy significativo, para el diagnóstico de mola, es que *los valores sanguíneos sean de dos a cuatro veces superiores a los hallados en la orina.*

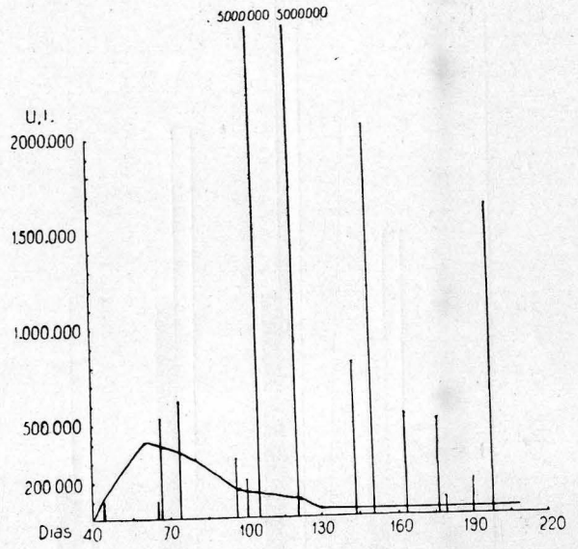


Fig. 3.—Estudio comparativo de los niveles gonadotróficos en embarazo normal y en casos de mola vesicular

c) *Molas con metrorragias, desproporción y fenómenos toxémicos.*—No existe problema diagnóstico. Las cifras gonadotróficas alcanzan millones. En ninguno de nuestros casos la gonadotrofinemia (que siempre preferimos a la gonadotrofinuria en estas ocasiones) fue inferior a los 500 u. i./c. c. (500.000 u. i./litro).

Valor pronóstico de la gonadotrofinuria

La escasa vitalidad del epitelio corial se ha de traducir en una disminución de la secreción gonadotrófica. Es corriente en clínica que se presente en la consulta una paciente alarmada por una pequeña metrorragia, indolora, tras una amenorrea de dos a tres meses. Es corriente también prescribir en tales circunstancias un preparado de progesterona, ante la amenaza de aborto, y es frecuente que, pasados algunos días, nos enteremos de que en lugar de cesar la metrorragia, la progesterona haya desencadenado dolores, éstos hayan aumentado la pérdida sanguínea y a las doce a veinticuatro horas se ha expulsado el huevo. Si a estas pacientes, antes de iniciar cualquier terapéutica, se les manda practicar una reacción

de Galli, se observará una reacción negativa en el 32 por ciento de los casos, lo que indica que el huevo está muerto y huelga, por tanto, cualquier tratamiento.

En realidad, la muerte ovular data ya de tiempo; la pequeña metrorragia indica, no que el huevo sufre, sino que se inicia su expulsión. Convencidos de que el proceso que conduce a la muerte ovular tiene su período de evolución más o menos largo, igual que ocurre generalmente con el resto de la patología humana, nos dedicamos desde hace bastante tiempo a investigar la eliminación gonadotrófica en embarazos frágiles, amenazas de aborto, etc. *El pronóstico basado en las determinaciones hormonales nunca es absoluto*, lo cual no tiene nada de extraño en atención a la diversidad de factores etiológicos que pueden interrumpir un embarazo.

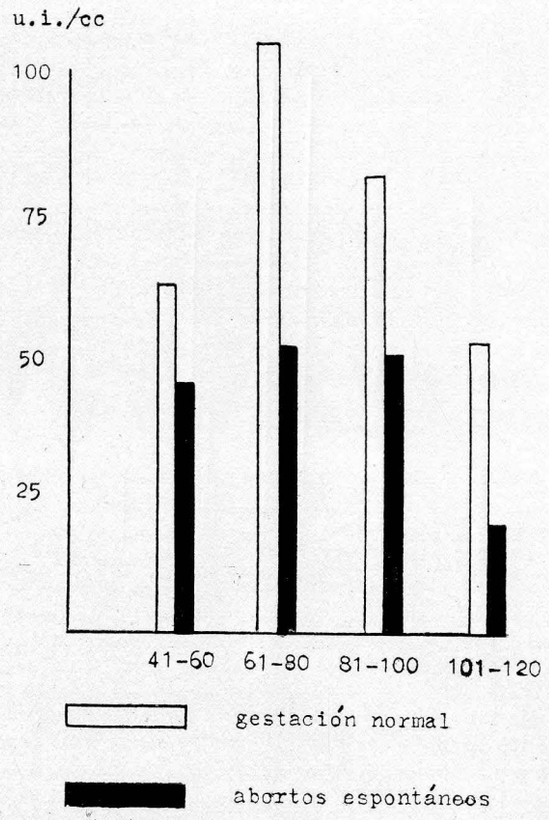


FIG. 4.—GRÁFICA COMPARATIVA DE LA GONADOTROFINURIA EN LA GESTACIÓN NORMAL Y EN LOS ABORTOS ESPONTÁNEOS

1) *Pronóstico del embarazo en general.* — El estudio de las gestaciones que terminaron por aborto (gráfica 4) indica que las cifras medias de concentración de gonadotrofina corial son inferiores a las propias del embarazo que llegó a término, con diferencias estadísticas significativas, excepto para el período de los cuarenta y uno a sesenta días. Es decir, precediendo a la interrupción, existe, en la mayor parte de los casos, una perturbación de la función corial con disminución de la producción gonadotrófica. Dicha perturbación se origina o intensifica a partir del día sesenta del embarazo, aproximadamente (figura 5).

Dos tipos de aborto espontáneo podemos distinguir, por tanto, con respecto a la conducta gonadotrófica:

a) Con gonadotrofinuria normal: etiología accidental, no endocrina.

b) Con hipogonadotrofinuria en los días sesenta y uno a ochenta: probablemente, de etiología endocrina. Sospechoso de curso anormal.

El *pronóstico* basado en la determinación gonadotrófica es el siguiente (figura 6):

1) Cuando la gonadotrofinuria es inferior a las 30 u. i./c. c. durante los días sesenta y uno a ochenta de la gestación, existe un peligro de aborto en el 50 por ciento de los casos.

2) Tales cifras gonadotróficas son un criterio válido para establecer una tratamiento profiláctico.

3) El pronóstico se completará repitiendo las valoraciones. Si éstas no muestran un ascenso muy significativo, sería muy probable la interrupción del embarazo.

4) *Pronóstico del embarazo en el aborto habitual.*— Mayor interés tiene el averiguar la eliminación gonadotrófica en aquellas gestantes con antecedentes de aborto habitual, en las que lógicamente tememos que pueda volver a ocurrir lo mismo.

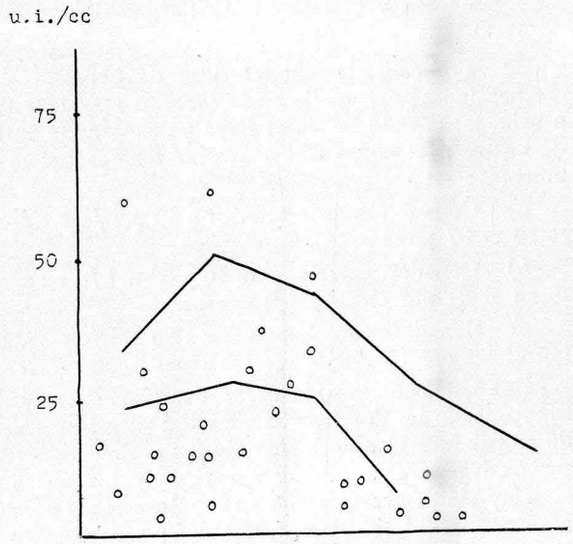


FIG. 5.—GONADOTROFINURIA EN EMBARAZOS QUE TERMINARON EN ABORTO. LA LÍNEA INFERIOR ES LA MEDIA. LA SUPERIOR SEÑALA EL EMBARAZO NORMAL.

No hay una conducta uniforme, como es lógico. Sin embargo, dividiendo los abortos habituales en dos categorías, según se trate de abortos habituales precoces (segundo o tercer mes) o tardíos (pasada dicha fecha), el estudio de la eliminación gonadotrófica permite observar lo siguiente:

a) Existe un grupo de abortadoras habituales con *hipofunción de la vellosidad corial desde los primeros momentos* (la cifra media de gonadotrofinas fue de 23 u. i./c. c. durante el período cuarenta y uno a sesenta días del embarazo). Tal grupo constituye el 26 por ciento de nuestra estadística. Se trata de huevos abortivos, tal vez de causa genética.

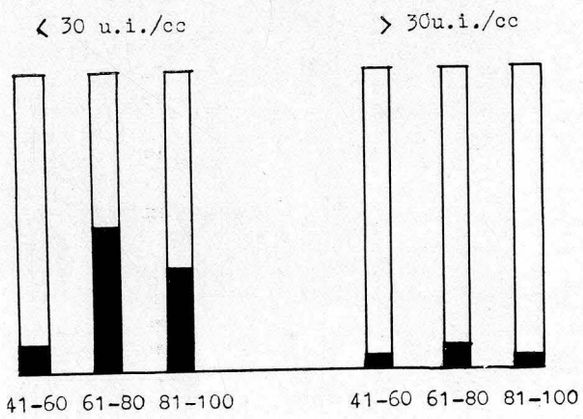


FIG. 6.—PRONÓSTICO DEL EMBARAZO SEGÚN LAS CONCENTRACIONES GONADOTRÓFICAS EN LOS DISTINTOS PERÍODOS. EN NEGRO, LA INCIDENCIA DE INTERRUPCIÓN.

b) *Aborto habitual con gonadotrofinuria inicialmente normal.* Este grupo puede subdividirse de la forma siguiente:

1) *Con descenso posterior de la gonadotrofinuria.* Se trata de abortos precoces. Etiológicamente, la causa responsable es un factor ambiental, generalmente el útero infantil. Al continuar el embarazo, se establece una degeneración secundaria de la vellosidad corial, por falta de terreno nutricio apropiado, lo que con-

duce a la disminución gonadotrófica, que anuncia el aborto. El tratamiento hormonal puede ser eficaz.

2) La eliminación gonadotrófica se mantiene normal, a pesar de lo cual aborta la paciente. Se trata de abortos tardíos. Hay un factor mecánico en su producción (úteros atávicos, miomas, insuficiencia del cuello, etc.). Es ineficaz el tratamiento hormonal.

Hablemos, por último, del

3) *Pronóstico en la amenaza de aborto.* — Las dosificaciones hormonales entre los días sesenta y uno a ochenta, cuando la mujer lleva ya sangrando varios días (tres a cinco), pueden arrojar los resultados siguientes:

a) Gonadotrofinuria inferior a 10 u. i./c. c.: aborto en el 97 por ciento de los casos.

b) Gonadotrofinuria entre 10 y 50 u. i./c. c.: aborto en el 61 por ciento de los casos.

c) Gonadotrofinuria superior a 50 u. i./c. c.: abortan el 23 por ciento de las pacientes (figura 7).

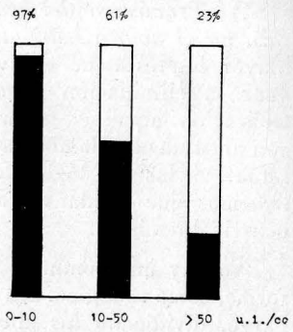


FIG. 7.—INCIDENCIA DEL ABORTO SEGÚN EL NIVEL INICIAL DE GONADOTROFINA CORIAL EN CASOS DE METRORRAGIA (ABORTOS, EN NEGRO)

Una mayor aclaración pronóstica puede conseguirse repitiendo las dosificaciones en días sucesivos. Cuando se produce el aborto, los niveles suelen descender progresivamente u oscilar sin rebasar las cifras de 30 u. i./c. c.

Hay cierta armonía entre las valoraciones gonadotróficas y el curso clínico del aborto, lo cual tiene su significación con respecto a la conducta terapéutica.

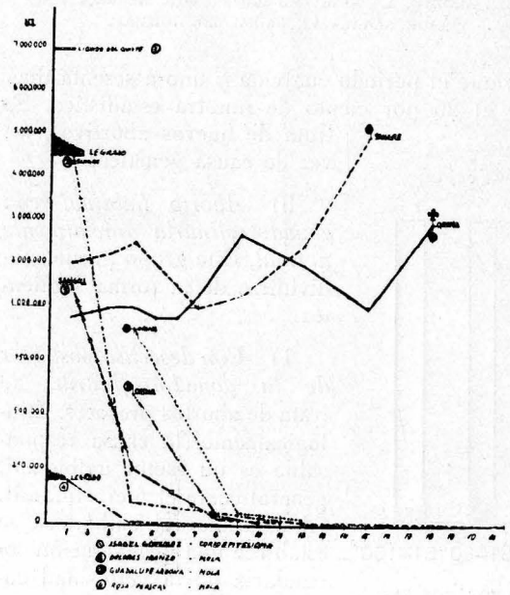


FIGURA 8

Dos tipos de aborto podemos observar en relación con las dosificaciones gonadotróficas:

a) Gonadotrofinuria inferior a 10 u. i./c. c. La reacción de Galli es generalmente negativa. Metrorragia escasa; apenas dolores; la expulsión del huevo ocurre pronto y con facilidad, por lo general antes del quinto día de iniciarse la metrorragia. Es un aborto precoz. El huevo es patológico. El tratamiento, totalmente superfluo.

b) *Gonadotrofinuria normal.* Evolución lenta, metrorragias intensas, dolores acusados. Aborto tardío (provocado o mola vesicular). Terapéutica ineficaz.

Como hemos visto, la mayor parte de las amenazas de aborto con valoraciones normales prosiguen su curso, sin embargo. Realmente, en tales circunstancias no se trata de amenazas de aborto,

pues sabemos que sólo un 28 por ciento de las mujeres con metrorragias al comienzo de la gestación terminan abortando.

4) *Pronóstico de la mola vesicular.*—Es indudable que las determinaciones hormonales, una vez expulsada o legrada la mola, son de gran utilidad desde el punto de vista pronóstico. Unánimemente se reconoce que el ascenso de la eliminación gonadotrófica en el curso de la depuración hormonal indica una degeneración maligna. Igual ocurre cuando tras la negativización de la orina vuelven a positivizarse las reacciones, y máxime si coinciden con una metrorragia.

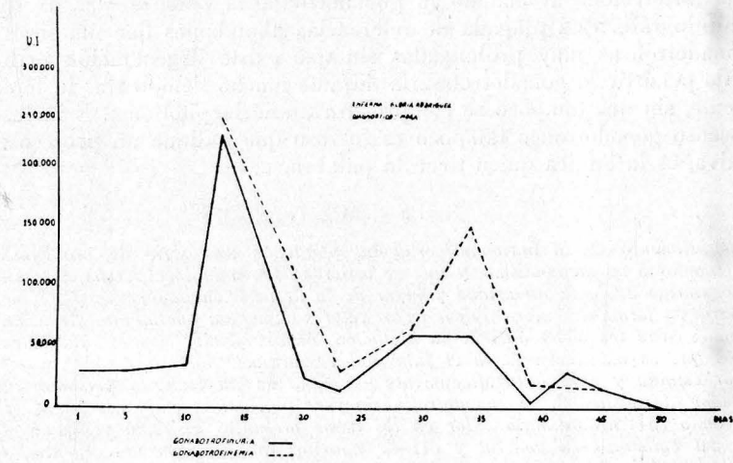


FIGURA 9

Las dudas aparecen cuando la depuración hormonal se hace lentamente. ¿Qué criterio hay que adoptar entonces?

Esta pregunta implica otra: ¿qué período de tiempo se considera normal para que desaparezcan las gonadotrofinas de la orina?

Mientras tras parto o aborto se negativiza la orina al cabo de pocos días, de tres a diez, tras la mola suele persistir la eliminación más tiempo. En nuestros casos tardó, por término medio, de veinticinco a treinta días (figura 8).

Pero puede durar más. La bibliografía recoge casos de persistencia de meses y años. Mientras el estado general sea bueno, no se observen focos intra y extragenitales, y la gonadotrofinuria se mantenga baja, hay que adoptar una conducta expectante.

A veces, sin embargo, puede ser difícil la solución. Tal un caso nuestro en que, a los veinte días de expulsar la mola, la gonadotrofinuria, que se mantenía entre las 2.000-5.000 u. i./litro, ascendió bruscamente a 50.000 u. i. La gonadotrofinemia hecha a las veinticuatro horas reveló cifras de 150.000 u. i./litro (figura 9). El tamaño del útero no había experimentado modificación alguna. No tenía la enferma tampoco metrorragias. Una exploración pulmonar no reveló patología alguna. El nuevo legrado no consiguió obtener el menor resto de mucosa. La negatividad de todas las exploraciones nos hizo ser conservadores. Intervino fundamentalmente en nuestra actitud el ser una muchacha joven, habiendo ocurrido la mola en su primera gestación. Así pudimos comprobar cómo paulatinamente descendía la producción gonadotrófica hasta que se negativizó la orina veinticinco días

después. Todos los controles realizados posteriormente han sido negativos (el control dura ya año y medio).

Existe algún caso semejante al que acabamos de referir. No muchos, porque la mayoría de autores hubieran interpretado el ascenso gonadotrófico como signo de degeneración y hubieran histerectomizado a su paciente. Tal es lo que pretendió hacer GERNEZ en un caso semejante al nuestro; pero la paciente no se dejó operar y tuvo posteriormente cuatro gestaciones a término.

Insistamos en lo cautos que hemos de ser en la interpretación de la gonadotrofinuria en estas ocasiones. No puede admitirse el criterio sustentado por algunos autores de histerectomizar cuando la gonadotrofinuria persiste más de tres semanas. La bibliografía está plagada de referencias abundantes que muestran depuraciones gonadotróficas muy prolongadas sin que exista degeneración maligna. Incluso puede persistir la gonadotrofinuria durante mucho tiempo tras histerectomizar a la paciente, sin que tampoco se comprobara un corioepitelioma. E incluso vemos que el ascenso gonadotrófico tampoco es forzoso que indique un proceso maligno. En definitiva, es la clínica quien tiene la palabra.

RESUMEN

El descubrimiento de la hormona corial ha planteado una serie de problemas teóricos y prácticos ligados a su metabolismo, y que se refieren: 1.º, a la localización, intensidad y secreción placentaria; 2.º, a la intensidad y lugar de la destrucción endógena; y 3.º, a su eliminación urinaria en forma de curvas típicas cuyos valores aumentan paulatinamente hasta alcanzar cifras máximas entre los 60-80 días de la gestación, disminuyendo después bruscamente y con niveles bajos que se mantienen hasta el final del embarazo.

El autor estudia y analiza detalladamente —basado en un material personalmente observado— el valor diagnóstico de la gonadotrofinuria para detectar el embarazo precoz y el avanzado, destacando su extraordinario valor en los casos presuntos de mola vesicular, y para el diagnóstico del embarazo en general y del de aquellas mujeres con antecedentes de aborto habitual. Finalmente, exponen los resultados conseguidos para el pronóstico de la amenaza de aborto y de la mola vesicular, insistiendo en lo cautos que hay que ser en la interpretación de la gonadotrofinuria en estas ocasiones.

BIBLIOGRAFÍA

BONILLA, F., y TORRES, A.—«Gonadotrofinuria al final de la gestación». *Cir. Ginec. Urol.*, 1, 120. Año 1950.

BONILLA, F.; GALBIS, M.; MONMENEU, S.; SALVATIERRA, V., y TORRES, A.—«Investigaciones sobre producción y eliminación de gonadotrofina coriónica en casos de mola vesicular». *Cir. Ginec. Urol.*, 4, 118. 1952.

— «La hormona gonadotrofa corial durante el embarazo normal y sus complicaciones». *Revista Inf. Med. Terap.*, 27, 289. 1952.

BONILLA, F., y SALVATIERRA, V.—«Hormona corial y reacciones biológicas de embarazo en la gestación extrauterina». *Acta Gynec. Obst. Hisp.-Lusit.*, 3, 440. 1953.

— «Ueber die Bedeuntung der Gonadotropinbestimmung für die Prognose des Schwangerschaft sverlaufes». *Arch. Gynäk.*, 189, 180. 1956.

— Valor de la dosificación de gonadotrofina coriódica para el estudio del embarazo. *Acta Ginecológica*, 7, 561. 1936.

BONILLA, F.; SALVATIERRA, V., y TORRES, A. —«Eliminación de gonadotrofinas en embarazadas con antecedentes de aborto habitual». *Acta Ginec.*, 9, 205. 1958.

FERRER, V.—«Los errores en el diagnóstico biológico de la gestación». Tesis doctoral, Valencia, 1953.

SALVATIERRA, V.—Las condiciones necesarias para la valoración de hormona gonadotropa con el macho de «R. esculenta». *Cir. Ginec. Urol.*, 5, 112. 1953

— «Uber den Gonadotropinstoffwechsel während der Schwangerschaft.» *Arch. Gynäk.*, 184, 617. Año 1954.

TORRES, A.—«Gonadotrofinuria al comienzo de la gestación». *Acta Ginec.*, 2, 389. 1951.

Dirección: Av. Navarro Reverter, 5. Valencia.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

ADENOCARCINOMA DE ÚTERO

POR EL

DR. ALEJANDRO NOVO GONZÁLEZ

PROFESOR DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA EN LA FACULTAD DE MEDICINA

SANTIAGO DE COMPOSTELA

VAMOS a referirnos a unos cuantos aspectos sobre esta neoplasia; pero es preciso empezar con algunas puntualizaciones.

En primer lugar hay que señalar *la radical diferencia del cáncer de cuerpo uterino y el cáncer de cuello*, aunque sean dos neoplasias originadas en la misma mucosa de un solo órgano. Es cierto que los restantes procesos ginecológicoss se comportan siempre de modo diferente si pertenecen al cuerpo o al cuello (en el cuello son frecuentes las inflamaciones crónicas, y en el cuerpo son pasajeras; los miomas casi no los tenemos en el cuello; los trastornos hormonales son propios del cuerpo); pero las diferencias entre estos dos cánceres son esenciales.

Así, no se concibe cómo R. MEYER, por ejemplo, en el tratado de HENKE y LUBARSCH, hace un capítulo unitario del «cáncer de matriz», para tener que ir dando trompicones de párrafo en párrafo.

Está claro *que se entiende como cáncer del cuerpo* («fundal», «Korpuskarzinom») *el que está situado por encima del istmo*, y cáncer de cuello, el que está por debajo. Pero la propia región del istmo, limitada entre el orificio anatómico superior y el orificio histológico inferior, tiene una extensión y da algunos cánceres, que por su histología y propagación deben, a nuestro juicio, comprenderse con los de cuerpo, aunque hay argumentos en contra y las estadísticas oficiales prescriben su inclusión con los de cuello.

Nos vamos a referir exclusivamente al *cáncer primitivo de cuerpo* (en el conjunto de material clínico apenas hay un 5 por ciento de cánceres de cuerpo metastásicos, y sólo si es material de autopsias esta cifra puede ser solamente algo mayor). Se trata constantemente de un *cáncer endometrial* (no tiene objeto separar los que pueden nacer en pólipos o provenir de adenomas, ni los poco frecuentes que se desarrollan en un foco de endometriosis o intramurales) y *constantemente, por su histología, un adenocarcinoma*, más o menos diferenciado, y que podemos clasificar con una sistemática sencilla, como la de BRODERS [2] (no tiene tampoco objeto admitir tipos especiales, como «cilíndricos», «endometrioide», «endosalpingioide», «endocervicoide», «primitivamente sólidos», «primitivamente glandulares»...).

Pese a su carácter glandular, hay que contar con la frecuente «metaplasia malpigiana», de carácter epitelial benigno o «ictiosis uteri», que la vemos también en procesos endometriales benignos, como una secuela inflamatoria, más que por otro motivo. De esta metaplasia, que puede aparecer aquí, no sólo en el epitelio de revestimiento, sino también en el espesor del estroma y entremezclada con los

elementos glandulares atípicos del adenocarcinoma, no nos debe extrañar su existencia, pues es conocida esa posibilidad de evolución de las células müllerianas. El aspecto resultante es lo que se denomina *adenoacantoma uterino.*

También puede presentarse en los adenocarcinomas una «karzinomatöse Belage», de epitelio plano. Y aun los «Zuckerguss Karzinom», que son cánceres de epitelio plano, pero no corporales, sino de origen cervical y extendidos hacia cuerpo superficialmente.

Nada de estos hechos anteriores invalida el carácter glandular constante del cáncer de cuerpo. Frente a esto nos quedan muy pocos cánceres de cuerpo de epitelio plano verdaderos que resistan la crítica (los publicados quizá no lleguen a treinta en las recopilaciones clásicas, de RUGE y VEIT [3], ZELLER [4], LAHM [5] y GELLHORM [6], en 1936); hay un caso de HERRERA y GUIXÁ [7], de la clínica de Ahumada; uno de SANMARTINO [8], y tenemos uno propio.

La historia del cáncer de cuerpo uterino es relativamente reciente (ROKITANSKY negaba su existencia). Las primeras observaciones son de BOIRIN y DUGÁS, en 1833, y de NELATON, en 1839. Pero es desde SIMPSON, en 1874 (siete casos), cuando empieza a prestársele atención, influyendo los progresos anatomopatológicos de la época y la aplicación del legrado. La precisión histológica de la malignidad en los adenocarcinomas procede de BÖRST, que exigía la estructura laberíntica y destrucción del estroma. De esa época inicial son las denominaciones de «adenoma maligno», «cáncer tubular» y «cáncer glandular».

Entre otros trabajos fundamentales y clásicos, tenemos los de WYDER, FURST, C. RUGE y WILLIAMS.

ETIOLOGÍA

El primer hecho a considerar es el de la *frecuencia.* Desde hace años viene considerándose como frecuente el adenocarcinoma de útero, asignándosele una frecuencia, respecto al cáncer de cuello, de 1:10 en la mayoría de las recopilaciones (NOVAK [9], 1:8). Sin embargo, su frecuencia parece va aumentando y reduciéndose, por tanto, esa proporción en publicaciones recientes (SECHEFFEY [10], 1:4; KOTTMEIER [11], 1:2'4; PEEL [12], 1:2). En nuestra estadística la proporción es de 1:4. Parece, en efecto, como si realmente fuese mayor su frecuencia actual; pero hay que contar con la posible influencia del aumento de los índices de vida (esperanza de vida) y quizá la influencia de la mayor capacidad diagnóstica. Es así general el aumento estadístico de los cánceres «internos» que requieren mayor capacidad diagnóstica, y entre los que podemos incluir éste, frente a los cánceres exteriores, como el de cuello, que siempre fueron fáciles de diagnosticar. Nuestra impresión personal, sin poderla basar en un serio apoyo estadístico, es que disminuye también algo el número de los cánceres de cuello, en relación tal vez con el mejor tratamiento y disminución de la cervicitis. Se ha señalado como hecho curioso que los hospitales americanos que cuentan con gran clientela judía, como el Memorial Hospital de New York, el Woman'ss Hospital de la misma ciudad, y otros, acusan un mayor aumento de esa proporción frente a los demás de la nación, lo que no nos debe extrañar, pues es conocida la relativa inmunidad al cáncer de cuello de las hebreas casadas con maridos circuncisos, hecho relacionado antes con los estrógenos del esmegma y últimamente con la infección tricomoniásica. Todo esto es especulativo por el momento, y nos hemos ocupado de ello en alguna otra ocasión. Pero la conclusión inmediata que hay que sacar, sea real o no ese aumento de frecuencia, es que hay que prestarle clínicamente al cáncer de cuerpo uterino toda la atención que se merece.

Edad avanzada.—Es otro supuesto etiológico generalmente aceptado. Es cierto que la mitad de los casos o más de la mitad son francamente *postmenopáusicos* (dos terceras partes), y casi todos los restantes forman un grupo que pudiéramos llamar *perimenopáusicos*: cese de la regla que data de menos de un año, hemorragias irregulares posteriores que no dejan precisar cuándo fue la verdadera menopausia, hemorragias intercaladas con ceses temporales de regla. Francamente premenopáusicos son muy pocos; en nuestra casuística se dan sólo en la proporción de 2:50 (4 por ciento).

La edad media de varias recopilaciones son los sesenta años. En la literatura sólo hay recogidos dieciséis casos de veinte a treinta años, y ninguno de menos de veinte años. De treinta a cuarenta se observan en las estadísticas proporciones mayores que la nuestra del 4 por ciento (nuestros casos premenopáusicos estaban entre estas cifras de edad), pero casi nunca llegan al 10 por ciento.

El climaterio tardío, señalado por RANDALL [13], CROSSEN y HOBBS [14], no ha sido confirmado por HERRIKSEN y MURRIETA [15] en la generalidad de las estadísticas. Pero, en general, en nuestras enfermas del grupo francamente postmenopáusico abundan los climaterios tardíos, y muchas de ellas (¡cuando lo recuerdan!) refieren así una edad avanzada de menopausia. Y las del grupo perimenopáusico difiere ya un poco su climaterio la existencia de los episodios hemorrágicos posteriores.

Respecto al factor menarquía, es decir, respecto a la edad de la menarquía, no se encuentran datos estadísticos suficientes para sacar conclusiones.

En cambio, es llamativo el contraste de la obligada multi o primiparidad del cáncer de cuello y la frecuencia de nulíparas, estériles o solteras, en el cáncer de cuerpo. En todas las estadísticas de cáncer de cuerpo, sin que pueda generalizarse individualmente este hecho, hay *una indudable relación con la infertilidad.*

Es generalmente bastante aceptada la *frecuencia de obesas y diabéticas*; así, el 50 por ciento de las enfermas de MARSHALL son obesas, y un 17 por ciento, excesivamente obesas, y en nuestra casuística son bastantes los casos que se han desviado hacia la fisioterapia por este motivo (¡en un cáncer, en que tenemos preferencias quirúrgicas!). Ahora bien: si se hace un análisis estadístico relacionándolo con las obesidades e hipertensiones de esta época de la vida, quizá no resista tampoco esta afirmación el análisis crítico. ¡Es posible que estemos bajo la obsesión del recuerdo de las obesas operadas!

Otra cosa ocurre, a nuestro juicio, respecto a la diabetes. Nos desenvolvemos en un medio en que domina poco esta enfermedad, y, sin embargo, tenemos un porcentaje de un 10 por ciento de diabéticas entre nuestros cánceres de cuerpo, lo que supone así una cifra elevada. SHEFFEY [10 16] da la cifra del 11 por ciento; PALMER [17], la del 16'9 por ciento; WAY [18], la del 29 por ciento, y MARSHALL [19], la del 8 por ciento.

Sin embargo, PEEL [12], en un hospital de Londres, donde abunda la diabetes, encuentra sólo el 5 por ciento, que es un porcentaje análogo al encontrado en otros procesos ginecológicos de esa edad. Tampoco obtiene PEEL curvas «pre-diabéticas» de glucemia con mayor frecuencia.

Habíamos llegado a una teoría bastante sugestiva de discrinia, con hiperfunción del lóbulo anterior hipofisario e hiperestronismo relacionado por esto, que condicionaría además la obesidad, disminución de la tolerancia a los hidratos de carbono primero, diabetes después e hipertensión, además de los hechos directos del hiperestronismo (miomas, hiperplasias, climaterio tardío, antecedentes de infertilidad), y que todo esto favorecía el desarrollo del cáncer de cuerpo. Pero ya vemos las serias objeciones estadísticas que a esta concepción le podemos hacer. Aún insiste PEEL en que si fueran ciertas esas ideas (en que insistió WAY) corres-

pondería encontrar en las historias de estas presuntas hipofisariass antecedentes de fetos grandes, lo que no es así.

Y, en general, ese concepto etiológico preciso del cáncer de cuerpo: edad avanzada, climaterio tardío y frecuente discrinia (obesas, diabéticas, hipertensas, estériles o poco fecundas y con antecedentes frecuentes de hiperplasia endometrial), no resiste bien la crítica estadística, por lo menos sin las objeciones dichas. Aunque sean hechos que nos tropezamos con frecuencia en la clínica diaria de estas mujeres añosas portadoras de cáncer de cuerpo.

CLÍNICA

La clínica del adenocarcinoma de cuerpo uterino nos parece bien definida:

1.º *Una metrorragia de alarma* postclimatérica, que la mayoría de las veces aparece con precocidad suficiente, si no actúa perturbadoramente la estulticia o el abandono de alguna mujer o la desaprensión de algún médico. Falta el estímulo traumático («providencial» podríamos decir) que tenemos en el cáncer de cuello; pero, no obstante, en el cáncer de cuerpo, insistimos, la hemorragia de alarma no falta, aunque sea muy pequeña.

De todos modos, es también cierto que hay algunos casos que por desgracia no sangran y cursan así, de un modo asintomático, hasta que tienen bastante desarrollo (un 6'5 por ciento, según MURRIETA y HERIKSEN [15]).

En general, en estos casos todo el problema clínico se reduce a plantear el *diagnóstico de las metrorragias postclimatéricas*, para lo que me voy a referir a los datos del doctor OTERO [20], de nuestro Servicio, cuyos resultados transcribimos a continuación:

Comprende su estudio un total de ciento cuarenta y cuatro pacientes ingresadas en la Clínica Ginecológica de la Universidad de Santiago por motivo de su metrorragia, y que llevan, por lo menos, un año en su climaterio; es decir, un año, contado desde la fecha de la última regla anterior a la metrorragia:

	Casos	Por 100
Hemorragias malignas	76	(53'4)
Hemorragias benignas	67	(46'6)

Las causas fueron las siguientes:

a) MALIGNAS:		
Carcinoma cuello	41	(28'5)
» cuerpo	28	(19'4)
» vagina y vulva	4	(2'8)
» ovario	3	(2'0)
» Carúncula uretral	1	
	77	(52'7)
b) BENIGNAS:		
Hiperplasias	23	(16'0)
Pólipos de cuello	14	(9'8)
Erosión, pseudoerosión y decúbitos	17	(11'9)
Miomas	6	(4'2)
Endometritis (piometras)	4	(2'8)
Colpitis senil	1	
Atrofia endometrio	1	
Carúncula uretral	1	
	67	(44'7)

Como se ve, es un porcentaje elevado de hemorragias malignas entre las postclimatéricas; pero hay que hacer hincapié en que se trata de pacientes *ingresadas*, lo que hace elevar artificialmente ese porcentaje, toda vez que muchas de las hemorragias benignas (colpitis seniles, erosiones simples y algunas hiperplasias) son ye tratadas en la policlínica.

Todavía se pueden hacer en esta casuística las siguientes observaciones: 1.ª La relación encontrada en estas enfermas entre cáncer de cuello y cáncer de cuerpo utrino es de 1'5/1; y 2.ª Las hiperplasias son, junto con los malignomas, el grupo más importante de causas de hemorragia en estas mujeres (16 por ciento). Reunidas las hiperplasias y los malignomas, forman el 69 por ciento del total.

Y de un examen más detenido de esa casuística, OTERO saca aún las siguientes conclusiones: *a*) Con relación al tiempo transcurrido desde la última regla, en los siete primeros años predominan los procesos benignos, y posteriormente son más frecuentes los malignos (a esto hacen excepción los casos de hemorragia motivada por úlceras de decúbito en el prolapso genital, que se presentan muy frecuentemente en mujeres ancianas. *b*) No se ha encontrado una relación exacta entre la intensidad de la hemorragia y la benignidad o malignidad del proceso; sólo vemos que son frecuentes las hemorragias intensas en las hiperplasias. *c*) La hiperplasia y el cáncer de cuerpo, por lo que respecta a la edad de la paciente, se encuentran en relación inversa; hacia los cincuenta y cinco años se cruzan sus curvas de frecuencia, de tipo descendente en la hiperplasia y ascendente en el cáncer de cuerpo; y *d*) Por lo que se refiere a la influencia del número de partos anteriores con los diferentes procesos encontrados, se ve claramente la mayor frecuencia de la multiparidad en el cáncer de cuello, mientras que en el cáncer de cuerpo no aparece esta relación y también la frecuencia de las hiperplasias decrece en las mujeres que tuvieron más número de hijos.

En todos estos casos más o menos dudosos no vacilaremos para hacer el diagnóstico en realizar el legrado (que CULLEN [21] temía), que confirmará histológicamente el diagnóstico. Alguna vez, con informes precisos anteriores de citología, francamente maligna, o incluso por la clínica clara, cabe la histerectomía *d'emblée*; pero si esto lo generalizáramos haríamos muchas histerectomías innecesarias. Otras veces, cuando hay un tratamiento de estrógenos, por el motivo que sea, esperaremos sin hacer el legrado para ver si pasa espontáneamente la hemorragia y no recidiva. Esta misma actitud expectante la podemos emplear ante una primera hemorragia pequeña, que puede ser esporádica, sobre todo si la citología no es sospechosa. Los piometras exigen dilatación, pero puede ser prudente diferir algo el legrado.

En resumen: es una clínica enteramente apoyada en el legrado diagnóstico. La citología, sin embargo, no debe nunca dejar de hacerse; su principal ayuda la vemos en que puede advertirnos la necesidad de tener el rádium preparado cuando vamos a hacer el legrado (o después), y hasta en algunos casos particulares, por alguna indicación más, como hemos dicho, llevar directamente a la operación abdominal. También, como se dijo, puede la citología apoyar la actitud expectante en contados casos. En general tiene más valor la citología si es hecha por aspiración en el endometrio, y hay algunos casos excepcionales (como los de IKLÉ [22]) en que la citología se adelantó en su valor diagnóstico a un legrado erróneo. Pero, en general, el legrado sistemático, recogiendo cuidadosamente todo el material para su observación, tiene pocos errores.

2.º *Hemorragias acíclicas* en las preclimatéricas, pues si se hacen bien las historias, las hemorragias del cáncer de cuerpo en estas mujeres tienen ese carácter

acíclico o el de *hemorragia añadida*, anterior o posterior a la regla, hemorragias que exigen siempre para el diagnóstico el legrado. Todo se reduce, por tanto, también en estos casos, a recoger y observar histológicamente todo el material de estos legrados diagnósticos. No hay este tipo de hemorragias en el mioma intramural, pero sí en los submucosos (que también descubre la cucharilla táctilmente), en la hiperplasia y en el cáncer de cuerpo, dejando a un lado las endometritis, gestaciones alteradas y los hechos visibles del cuello.

Es así *un diagnóstico histológico el que se plantea*, y esto ya es otro problema que no vamos a abordar ahora, aunque hablemos algo después de las relaciones histológicas de las hiperplasias con el cáncer. No hay más hechos clínicos. Los «dolores de Simpson» podían ser un síntoma en su época histórica; hoy no merecen apenas recordarlos. Flujo, prurito, son hechos coexistentes y de valor semiológico casi nulo. Todos los demás métodos diagnósticos, histeroscopia, histerografía y tacto uterino, son innecesarios y de poco rendimiento. El *test* de Clark del histerómetro no es suficiente para nada; la histerografía, si acaso, orienta el legrado (legrado que de todos modos debe ser sistemáticamente completo), o en algunos casos puede señalar la localización ístmica e indicar la operación de Wertheim de primera intención.

Antes de dejar de hablar del diagnóstico, queremos recordar la imperiosa necesidad de abrir en el mismo quirófano todos los úteros extirpados por miomas, sobre todo cuando existían metrorragias acíclicas, y revisar el endometrio. Se puede así evitar las sorpresas desagradables de informes de laboratorio inesperados o involuciones insospechadas y tomar operatorias en el acto. (Hay que abrir también todos los miomas en el quirófano, independientemente de esto, por su posible degeneración en sarcomas.)

Relaciones de las hiperplasias y el cáncer endometrial

Desde el principio, desde que se describieron las hiperplasias, se planteó el problema de su diagnóstico diferencial con el adenocarcinoma, sobre todo de las hiperplasias «atípicas», en que se vacila entre su inclusión en la benignidad o en la malignidad. Hay un trabajo inicial, precisamente de Schröder [23], en que se establecen relaciones etiológicas entre los tumores funcionales del ovario, las hiperplasias y el adenocarcinoma; pero es en la literatura americana principalmente donde se concede el mayor interés a este problema (Gusbert [24], Hertirg [25] y colaboradores, Ed. Novak y Mohler [26], Speert [27], The Linde [28] y colaboradores, y nosotros mismos [29]).

Hemos tenido ocasión de ver claras imágenes transicionales de la simple hiperplasia benigna al adenocarcinoma endometrial en algunos casos. Y hemos podido comprobar el estado de hiperplasia de las partes no cancerificadas de endometrio de un gran número de adenocarcinomas. Runge [30] opina, por cierto, en contra de este hallazgo; pero los hechos de coexistencia son, indudablemente, frecuentes.

Los tipos de hiperplasia proliferativa que pudieran tomarse como cáncer *in situ* del endometrio han sido precisados por Hertirg [25] y colaboradores, Speert [27] y, muy recientemente, Müller y Keller [31]; la denominación de estadio cero que emplean estos últimos fue aplicada al cáncer de cuerpo por J. Heyman [32] sin gran precisión histológica.

El trabajo de Müller y Keller es sumamente interesante; observan, lo mismo que nosotros, la existencia de zonas hiperplásicas en las zonas de endometrio no cancerificado, por lo menos marginalmente al mismo cáncer y a veces sin límite

neto de esta «zona marginal atípica» y el cáncer. Pero estos autores precisan más la histología de estas hiperplasias, que van gradualmente desde una hiperplasia simple, pasando por la adenomatosa, a otras de células grandes, de núcleo grande pálido y abundante citoplasma de carácter eosinófilo, además de las anomalías del crecimiento, como son las digitaciones, yemas o excreciones de las glándulas en el estroma que las rodea.

Sin embargo, Schröder [33] ha insistido siempre, y aun muy recientemente, en la coincidencia sólo casual de estos dos procesos. Su opinión es de peso, por venir del creador del capítulo y de quien lleva cincuenta años laborando en él. A conclusiones muy análogas llega Payne [34]; y E. Novak [35] en un trabajo reciente del Hospital Johns Hopkins, sobre ochocientas quince enfermas, llega también a la conclusión de que la hiperplasia de la madurez sexual no tiene relación alguna con el cáncer endometrial. Este es también nuestro modo de ver las cosas.

Pero otro es el caso de las hiperplasias seniles. Descritas ya estas hiperplasias por autores clásicos franceses y algunos alemanes, como el mismo R. Meyer [1], se les ha prestado toda atención en la moderna literatura desde Taylor [36], Novak y Yui [37]. En ese mismo trabajo del John Hopkins Hospital a que hacíamos referencia, se señalan las relaciones existentes entre las hiperplasias menopáusicas y el cáncer, como si este último fuese un estudio final frecuente, pero no inevitable, de la hiperplasia ante un estímulo productor que se prolonga suficientemente. En dicho trabajo se hacen también unas consideraciones interesantes sobre la hiperplasia del estroma.

Para nosotros, todo el problema radica en los siguientes hechos:

1.º Dificultades diagnósticas, en ciertos casos de hiperplasias atípicas de interpretación dudosa en cuanto a su malignidad. Hay que tener en cuenta que el polimorfismo es grande en las imágenes endometriales; los hechos de degeneración y necrosis complican la observación; la invasión en profundidad en el endometrio no puede ser valorada en el legrado, y a veces no existen aún francos adenocarcinomas; las atipias celulares están menos estudiadas y no hay diferencias tan claras entre la benignidad y la malignidad como en los cánceres de epitelio plano. Como equivalente de la invasión, tenemos aquí que valorar el aspecto laberíntico y la destrucción del estroma, imágenes sobre las que se basa el diagnóstico de malignidad. Pero el mismo desprendimiento del epitelio con aspecto seudopapilar y de doble contorno, hecho de producción mecánica, lo mismo que el fraccionamiento del estroma, pueden llevarnos a confusión. Aun evitando estos errores más groseros, la atipia de algunos casos, la reducción del estroma y la proliferación adenomatosa en otras pueden hacer realmente difícil el diagnóstico.

2.º Hechos de coexistencia, de los que podemos presentar algún caso e imágenes de transición (figuras 1 y 2). Para nosotros es casi constante la existencia en los adenocarcinomas uterinos de zonas hiperplásicas cuando no todo el endometrio está cancerificado, hecho comprobado últimamente por Müller y Keller [31].

3.º La historia retrospectiva de casos conocidos de transformación de hiperplasias en cánceres o, si se quiere, cáncer, que aparecieron en antiguas hiperplasias. Aunque todos tenemos abundancia de casos de antiguas hiperplasias que no se transformaron nunca en cancerosas; y

4.º Las razones indudables, experimentales y clínicas, en que se apoya la idea de que al adenocarcinoma de útero se puede llegar por el camino de la hiperplasia de su mucosa debida a hiperestronismo.

Nadie puede dudar que el hiperestronismo por aportación excesiva (de origen tecal, tumoral o hiperplásico, de origen cortical o de origen exógeno medica-

mentoso) o el hiperestronismo no compensado por la existencia de una alteración hepática (hipovitaminosis o una perturbación de cualquier otro tipo), es un «factor de realización» que exterioriza y favorece la multiplicación de las células concerosas en general. Dejemos a un lado la posibilidad teórica de la admisible producción de cancerígenos «determinantes» directos por perturbación del metabolismo en los estrógenos. Nos basta el contar con los factores «disposicionales», que existen en éste como en todos los cánceres espontáneos, sobre todo cuando avanza la edad y la mayor actuación del factor de realización que el hiperestronismo supone.

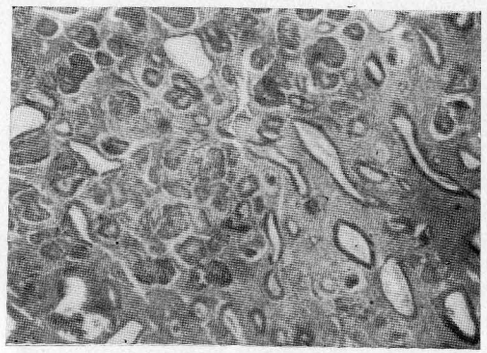


FIGURA 1

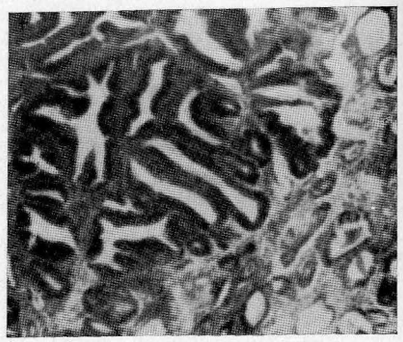


FIGURA 2

Las hiperplasias, aunque sean como estas endometriales la respuesta de un órgano efector, el endometrio, a un estímulo específico, los estrógenos, de teologismo bien determinado, suponen siempre un hecho regenerativo y neoformativo, que obliga a veces a maduración atropellada y a desdiferenciación o anaplasia celular, camino siempre de la malignización. De todos modos, de una maduración atropellada e incompleta está protegido el endometrio por su «caducidad», precisamente de su parte funcional, que es la que obedece a la acción proliferativa de los estrógenos, y diferenciativa, después de la progesterona, terminando por desprenderse.

Es por esto, sin duda, a nuestro modo de ver las cosas, que el hiperestronismo no puede ser factor etiológico relevante que lleve a la formación de adenocarcinoma durante la madurez sexual. Ni el hiperestronismo ni los endometrios tienen permanencia suficiente para ello, y, por otra parte, es un tumor que tal vez tenga exigencias disposicionales ligadas a la edad. Precisamente, ED. NOVAK [35], comentando un trabajo clásico de JONES y BREWER [38], en que recogen estos últimos varios casos de adenocarcinomas premenopáusicos con cuerpos amarillos en los ovarios y fase de secreción en el endometrio (para nosotros todo esto es una rareza en los pocos casos premenopáusicos que tenemos), recuerda que no debe olvidarse la existencia de zonas endometriales inmaduras en medio de un endometrio progestacional o las zonas basales, que forman verdaderos adenomas y no responden al estímulo progestacional, ni son caducas (SCHRÖDER [33 39]) para explicarse la formación de esos adenocarcinomas de la madurez sexual.

Tenemos una observación muy interesante, de una mujer de treinta y cinco años, hipotiroidea, con constantes ciclos anovulatorios regulares e irregulares y en la que apareció un endometrio canceroso (es uno de nuestros pocos casos premenopáusicos). Por tanto, un hiperestronismo permanente de veinte años y que por el camino de la hiperplasia llegó al adenocarcinoma (figuras 3 y 4).

EVOLUCIÓN

El problema de la evolución del adenocarcinoma de cuerpo uterino también tiene aún unas cuantas lagunas por resolver. El «circunscrito» es un hallazgo afortunado, pero sobre cuya posibilidad no se puede operar especulativamente en clínica. Tampoco es absolutamente exacta la idea de KLOB [40] de que el adenocarcinoma se detiene siempre en el orificio interno, como hacen las hiperplasias, sino que hay que contar con relativa frecuencia con la *invasión cervical*.

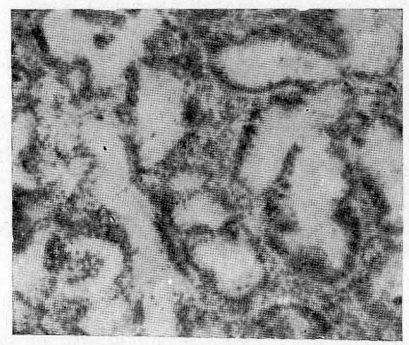


FIGURA 3



FIGURA 4

También hay que contar con un tanto por ciento (4'4) de *metástasis ováricas* y con el *paso a la trompa* por vía intracanalicular (PHILLIPP y HUBER [41], TREITE [42]) o linfática (NOVAK [9]).

Es cierta la tendencia lenta a la invasión miometrial, explicable porque en la edad habitual de estas enfermas siempre crecen más lentamente las neoplasias; además, el carácter vegetante de ésta y la dureza del órgano a atravesar. Esto se traduce en un cierto retraso en la invasión linfática, en comparación con otras neoplasias (cáncer poco «linfófilo» de MEYER [1] y ASCHHEIM [43]), y no olvidemos la falta de linfáticos grandes endometriales. (Véase FRANQUÉE [44], SEELIG [45], KERMAUNER [46].)

Pero lo que no puede afirmarse rotundamente es que sus metástasis ganglionades sean siempre por el pedículo alto y muy rara vez por abajo (PANKOW [47] y CULLEN [21]). Las uniones entre los dos pedículos linfáticos señaladas ya por SEELIG [45] y POIRIER [48], las descripciones anatómicas de LEVEF y GODARD [49] de los ganglios uterinos y la misma existencia frecuente de metástasis pélvica demostrada por WEIBEL [50] y OFFERGEL [51], indican todo ello que *la vía del pedículo inferior la usa también con frecuencia el cáncer de cuerpo*. LIU y MEIGS [52], en un trabajo reciente, ven un porcentaje de un 12 por ciento de metástasis ganglionares pélvicas en el cáncer de cuerpo. De JAVERT [53] procede el estudio reciente más interesante (1952) y da la cifra elevada del 28 por ciento. TEILHEFER [54], especulativamente, subraya la importancia de esta vía para explicar el 40 por ciento de constantes fracasos terapéuticos que tiene, según él, la intervención.

Otro problema interesante es el de las *metástasis vaginales*; STANDER [55] las ve en un 5'4 por ciento; MEIGS [56], en el 12 por ciento. Pero hay quien las ve hasta cerca del 20 por ciento. Muchas de ellas son recidivas después del tratamiento. Para STANDER [55], influyen estas metástasis bastante desfavorablemente en el pronóstico, y nosotros tenemos la idea de que por metástasis o recidivas el clínico debe prestar toda atención al muñón vaginal cuando ejecuta la terapéutica de estos cánceres.

CONCLUSIONES TERAPÉUTICAS

Nuestra actuación terapéutica estará basada sobre la relativa benignidad de la evolución de esta neoplasia, condicionada, como hemos dicho, por la resistencia del miometrio a la invasión y dificultad de propagación linfática, el carácter exofítico predominante de esta neoplasia y su crecimiento lento en las mujeres de edad en que se produce. Pero teniendo en cuenta también los factores negativos: edad como factor negativo, frecuente discrinia, frecuentes metástasis o recidivas vaginales y posibilidad de presentarse en algunos casos metástasis ganglionares precoces, sobre todo por el pedículo linfático inferior (lo que hace relativamente frecuente la invasión ganglionar pélvica), así como también la frecuencia de la invasión anexial y coexistencia de úteros deformados por mioma o por la misma neoplasia, así como procesos anexiales secundarios. Cualquiera de estos hechos, aislados o varios conjuntamente, dificultan el tratamiento, restan posibilidades de éxito terapéutico que nos obligan a *plantear este problema individualmente.*

En primer lugar, pese a lo favorable de algunas estadísticas aisladas, que llegan al 90 por ciento de curaciones relativas, en la generalidad pasan pocas del 50 por ciento. Es difícil hacer resúmenes de estadísticas, pues como no vienen uniformemente elaborados, los errores en las recopilaciones se suman, en vez de compensarse, como dice SCHRÖDER.

MÉTODO QUIRÚRGICO

Un primer hecho a señalar es la *gran operabilidad* de los adenocarcinomas de cuerpo uterino, que alcanza en la generalidad de las estadísticas al 75 por ciento de los casos. En la clínica de AHUMADA [57], el ¡91'4 por ciento!

Otro dato importante es la *poca mortalidad.* (Nosotros tenemos una sola fallecida operada y otra tratada por rádium, debido a un coma diabético.) Casi es nula la mortalidad en estadísticas recientes. De todos modos, en las estadísticas grandes y que tienen algunos años alcanza aún la mortalidad el 3'5 por ciento (NORMAN MILLER [58], de Michigan), el 4 por ciento (TEILHEFER [54], de París) y en las recopilaciones llega alrededor del 8 por ciento. Como se ve, siempre o casi siempre menor mortalidad que en el cáncer de cuello, pese a la mayor edad de estas mujeres, hecho perfectamente explicable por el tipo habitual de operación, que es más reducida.

En un resumen estadístico confeccionado por CALATRONI [57], sobre la base de gran número de estadísticas, da las siguientes cifras: 56'5 por ciento de *curaciones relativas con el método quirúrgico* (en conjunto, operaciones abdominal y vaginales) y 40'1 por ciento con el método fisioterápico. Hay que tener en cuenta que se radian todos los cánceres y se operan sólo unos cuantos, elegidos; si se juzga de la operabilidad de los casos radiados y se corrige de esta forma la estadística de los tratados con fisioterapia (no haciendo figurar en ella dos casos avanzados «inoperables», aunque hayan sido radiados), mejorará así la estadística fisioterápica; pero esta cifra, corregida, no alcanza la del método quirúrgico, sino que se queda en un 50'6 por ciento.

Entre los resultados favorables modernos del método quirúrgico, exclusivamente tenemos los de autores franceses, como QUENU [59], el 61 por ciento, en cincuenta y un casos; DELANNOY [60], el 55 por ciento, en noventa casos, y TEILHEFFER [54], el 60 por ciento.

Operabilidad alta, escasa mortalidad, buenos resultados y facilidad de la intervención, son los factores que conducen a que sea éste un cáncer de preferencias quirúrgicas para gran número de ginecólogos.

Los procesos coexistentes, como el mioma y la cavidad deformada, que dificultan la buena radiación, animan también la cirugía. Se hace difícil en ocasiones lograr, sin perforar el útero, esos taponamientos del método de Estocolmo, en tubos externos de dos milímetros, de plomo, de tamaños que oscilan desde siete hasta trece centímetros, aproximadamente, y rellenos, de diez a veinte tubos de rádium.

Por otra parte, desde un punto de vista teórico, y desde REGAUD [61], se viene admitiendo la *resistencia a la radiación* de estos cánceres glandulares, opinión que también sustentan los terapeutas de la Clínica Mayo, y motivo por el que recomiendan la operación. Para estos últimos (estadística de MAHLE [62]), en el pronóstico de las operadas, lo fundamental es la graduación histológica: 100 por ciento de resultados favorables, en el grupo I de Broders; 71 por ciento, en el II; 38 por ciento, en el III, y nulos, en el IV grupo. Lo mismo opinan HEELY y CUTLER [63 64], del Memorial Hospital.

También es cierto que el estudio de los úteros extirpados después de radiación intracavitaria demuestra la existencia de células cancerosas en actividad en el 20 por ciento de los casos en que se dio hasta 6.000 mg. h. (SCHMITZ [65]), en el 50 por ciento de los casos (TE-LINDE [66]) o en el 71 por ciento (HÜNDLEY [67]) cuando se dieron 4.000-4.500 mg. h., y en el 100 por ciento cuando sólo se dieron 3.000 miligramos (ARNESON [68]).

Antes de hablar del tipo de operación indicado, nos ocuparemos del método fisioterápico puro.

MÉTODO FISIOTERÁPICO

Frente a esas afirmaciones sobre la radiorresistencia de los cánceres de cuerpo, tenemos lo que podemos llamar «el experimento de Erlangen»», hecho en esta clínica por SEITZ y WINTZ [69] en los años difíciles de la postguerra alemana (primera guerra mundial); en el que tratando sólo con rayos X a sus enfermos precisaron la dosis carcinoma —110/140 por ciento de la HED—, y lograron una cifra de curación absoluta del 42'7 por ciento en ciento setenta y un casos.

También es muy demostrativa una curiosa estadística de CORSCADEN [70]: de veintiún casos de cáncer de cuerpo tratados erróneamente con histerectomía subtotal, y de los cuales a catorce se le dio radiación posterior, curando el 44'4 por ciento, mientras que de los otros siete no radiados posteriormente sólo curó uno; o sea, el 14'2 por ciento.

En la misma Clínica Mayo se mejoraron los resultados de las operadas cuando se añadía la radiación, como se hizo con las de grados III y IV de Broders, y se logró en ellas un 67'5 por ciento de curaciones (estadísticas de MASSONS [71]).

Además, SCHMITZ [65] dice lo contrario de REGAUD [61] respecto a la sensibilidad de los adenocarcinomas, y SEITZ y WINTZ reconocen que *todos son sensibles*, más o menos, pero sensibles.

Pero lo más importante, dentro de esta vertiente fisioterápica, es la estadística del Rádium-Hemmet, de Estocolmo (HEYMAN [72]), que en seiscientos diecisiete casos obtiene un 61'4 por ciento de curaciones, y si se juzga e incluye sólo los «operables», esta cifra alcanza el 76'5 por ciento. Su método es rádium exclusivamente, seguido de cirugía sólo en los casos de fracaso. Aún hay otra estadística mejor de HEYMAN [73], en que con la cirugía seguida de rayos X llega al 78 por ciento de resultados.

La Clínica de Munich (EYMER [74]), de acreditado valor fisioterápico, emplea sólo el rádium.

CIRUGÍA Y RADIACIÓN

TEILHEFER [54] hace una seria objeción a la estadística de Estocolmo, pues aduce que por la redacción del texto original se puede sacar la conclusión de que algunos casos incluídos no eran más que sospechosos de adenocarcinoma, lo cual —si es así— mejora artificialmente la estadística. Es indudable que hay siempre cierta dificultad para hacer el diagnóstico histológico por el legrado, que es en lo que se basan las estadísticas fisioterápicas, mientras que es el diagnóstico más seguro en los cortes hechos en los úteros extirpados sobre los que están basadas las estadísticas quirúrgicas.

Independientemente de esta objeción, que no deja de tener su valor, no es extraño que haya una tendencia general a beneficiarse del método quirúrgico y fisioterápico, combinándolo selectivamente, según los casos.

Así, TE-LINDE [66] coloca rádium intracavitario, 4.800 mg. hora, y a las seis semanas opera o da rayos X si los juzga inoperables. En estos últimos se legra semanas después, y, caso de persistir el cáncer, fuerza ahora la operabilidad si es factible. Logra, por lo pronto, que así no haya una sola recidiva vaginal en sus casos.

Entre los resultados, muy favorables con este método combinado, tenemos los de HEALY y BROWM [64], con un 75 por ciento de curaciones absolutas, con rádium, rayos X e intervención; los de SCHEFFEY y LANG [75], que logra un 81'2 por ciento de curaciones en una pequeña estadística, con rádium y operación, y los de KIMBROUGH y MUCKLE [76], en 91'3 por ciento, en las mismas condiciones.

La misma Clínica de Heidelberg (MENGE-DIETEL [77]), creadora de una perfeccionada técnica de radioterapia del triángulo o ramillete intrauterino, opera también a menudo.

Respecto al tipo de operación, en general es aconsejada la *histerectomía total simple*, que es el método que tiene nuestras preferencias, procurando no cortar muy al ras la mucosa vaginal ni desecar la fascia pubeovesical y extirpando los anexos. Hay que tener cuidado de coger el útero con pinzas que cierran los pedículos (hay quien aconseja cerrar cuello antes por vía vaginal con un par de puntos y cerrar también los extremos de las trompas, la cavidad abdominal.

De todos modos, hay quien preconiza mayor radicalismo operatorio, y así, TAILHEFER, sobre la base de ese 40 por ciento de fracasos habituales, y sobre sus hallazgos ganglionares y los datos de investigación existentes que hemos citado, teniendo en cuenta además los frecuentes hechos de invasión cervical y recidiva en vagina, aconseja la operación de Wertheim, que realiza, si no sistemáticamente, por lo menos prodigándola bastante.

Nuestro criterio respecto a la elección de la operación es que, si bien puede haber ganancias con esta gran operación (creada para el cáncer de cuello), forzosamente tiene que haber pérdidas inmediatas por esta cirugía tan radical en las cancerosas de cuerpo, que suelen ser enfermas añosas y delicadas. ¡Lo uno se compensará con lo otro! Parece lo prudente explorar bien la cavidad abdominal una vez hecha la laparotomía, y así como en algunos casos se puede desistir de toda operación por encontrar los ganglios altos, en otros, al observar ganglios pélvicos y si la operación general lo permite, se hará un pequeño Wertheim y, por lo menos, la linfadenectomía.

Nuestras normas más habituales con que solemos tratar los cánceres de cuerpo son las siguientes:

1.ª Legrado diagnóstico, dejando al terminar una sonda con 30-45 miligramos de rádium intrauterino.

2.ª Al llegar al informe de laboratorio (dentro de las veinticuatro - cuarenta y ocho horas), si la histología fuese benigna, retiramos el rádium cuando alcanza los 3.000 miligramos hora, y en caso contrario se deja hasta los 5.000 miligramos.

3.ª Histerectomía total abdominal con doble anexectomía, con los detalles técnicos que se han dicho, seis semanas después. El hallazgo operatorio justifica a veces el pequeño Wertheim y la linfadenectomía pélvica.

4.ª Cuando no tenemos rádium a mano al hacer el legrado, o no se ha colocado por otro motivo, se hace una aplicación de rádium intravaginal posterior a la intervención.

5.ª La citología sospechosa nos sirve para adoptar la precaución de tener el rádium dispuesto cuando hacemos el legrado, o incluso, en ocasiones, para prescindir del legrado, casos de citología francamente benigna y clínica que no justifica esa intervención.

6.ª Algunas veces la citología clara maligna y la misma clínica condicionan la histerectomía *d'emblée*, sin hacerla preceder de legrado.

7.ª Los casos que juzgamos inoperables por causas locales y generales los tratamos con rádium y después rayos X. Nos parece justificado en estos casos reconsiderar su operabilidad unas semanas después del anterior tratamiento; y

8.ª Prestamos gran atención cuando operamos miomas uterinos a todos los casos en que en su historia figuran metrorragias en vez o además de las menorragias: siempre citología previa; además, se abre la pieza en la misma sala de operación antes de cerrar el vientre. En todos los casos que juzgamos previamente benignos se encuentren aspectos sospechosos durante la intervención o examen de la pieza, debe quedar hecha una histerectomía total. Si son informes posteriores de laboratorio inesperados los que hablan de malignidad y se había hecho una histerectomía subtotal, se colocará rádium intracervical y vaginal unos días después; pero si se habían dejado los anexos, también en este caso creemos que es mejor reoperar.

La histerectomía vaginal creemos que tiene limitadas indicaciones; pero en todas las estadísticas figuran éxitos de casos así tratados. Hay algunas otras posibilidades, como cobalto radiactivo en balón de goma intracavitario o relleno con perlas, telecurieterapia para las metástasis inguinales y otras que deben conocerse para algunos casos.

Con esos contados puntos encerramos nuestras normas de tratamiento de los cánceres de cuerpo, pero adaptadas individualmente a cada caso. Nos preocupa siempre, más que las estadísticas, el procurar ser lo más útil posible a cada una de nuestras enfermas.

RESUMEN

Se revisan los aspectos etiológicos del adenocarcinoma de útero, cuya frecuencia se resalta. Se señala su casi constante aparición postmenopáusica o perimenopáusica, y se relaciona con la edad del climaterio. Se encuentra un predominio de mujeres con antecedentes de infertilidad, obesas y algunas diabéticas.

En el aspecto clínico se aporta una estadística de las causas benignas y malignas de metrorragias postclimatéricas, y se estudian las características de los casos de adenocarcinomas menopáusicos. Todo el problema diagnóstico gira alrededor de la interpretación de la imagen histológica que suministra el legrado diagnóstico y más o menos apoyado en la citología.

Sobre la base de trabajos propios anteriores e información bibliográfica, se reconsidera el problema de las relaciones de las hiperplasias y el cáncer endometrial.

Por último, en los datos existentes sobre la evolución de estos cánceres y la anatomía de los linfáticos uterinos, comparando resultados, se desarrolla la sistemática terapéutica. Las mayores posibilidades parece ofrecerlas la cirugía combinada con la rádiumterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1 MEYER, R.—En el *Handb. d. spez. pathol̈og. Anatomie u. Histologie*, de F. HENKE y O. LUBARSCH. VII/1, Berlín, 1930.
2 BRODERS, A. C.—«Grading of carcinoma». *Minn. Med.*, 8, 726. 1925.
3 RUGE, C., y VEIT, J.—«Der Krebs der Gebärmutter». *Zschr. Geburtsh. Gyn.*, 6, 216, 1881; 7, 138, 1882.
4 ZELLER, A.—«Plattenepithel im Uterus». *Zschr. Geburtsh. Gyn.*, 56, 1885.
5 LAHM, W.—En la «Biología y patología de la mujer», de J. HALBAN y L. SEITZ, Madrid, 1931.
6 GELLHORN, G.—«Zur Kasuistik der Hornkrebse des Gebärmutterkörpers». *Zschr. Gerburtsh. Gyn.*, 31, 372. 1936.
7 HERRERA, R. G., y GUIXÁ, H. L.—Cit. por V. CÓNILL en el «Tratado de Ginecología», 1956.
8 SANMARTINO.—Cit. por C. J. CALATRONI en «El cáncer ginecológico», de J. C. AHUMADA. Buenos Aires, 1954.
9 NOVAK, E.—«Ginecología y obstetricia patológica». Madrid, 1953.
10 SCHEFFEY, L. C.—«Diagnosis and management of uterine malignancy». *West. J. Surgery*, 60, 144. 1952.
11 KOTTMEIER, H. L.—«Carcinoma of the corpus». *Ist Classification and Treatment Gyneac.*, 287, 138. 1954.
12 PEEL, J. H.—«Observations upon the etiology and treatment of carcinoma of the corpus uteri». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 718, 71. 1956.
13 RANDALL, C. I.—«Recognition and management of the women predisposed to uterine adenocarcinoma». *J. A. M. A.*, 20, 127. 1945.
14 CROSSEN, R. J., y HOBBS, J. E.—«Relationship between fibroids and carcinoma of uterus». *J. Missouri M. Ass.*, 32, 361. 1935.
15 HENRIKSEN, E., y MURRIETA, T.—«Adenocarcinoma of the corpus uteri: a clinicopathological study». *West J. Surg.*, 58, 331. 1950.
16 SHEFFEY, C.; THUDIUM, W. J., y FERRELL, D. M.—«Further esperience in management and treatment of carcinoma of the fundus the uterus, with fice year end results in 75 patients». *Am. J. Obst. Gynec.*, 46, 786. 1943.
17 PALMER, J. P., y colab.—«A statiscal study of cancer of the corpus uteri». *Am. J. Obst. Gynec.*, 58, 457. 1949.
18 WAY, S.—«Etiology of carcinoma of body of the uterus». *Am. J. Obst. Gynec.*, 67, 1.094. 1954.
19 MARSHALL, S. B.—«Endometrial carcinoma: a study of 214 cases from the Hartford Hospital». *Connecticut, M. J.*, 15, 187. 1951.
20 OTERO, F.—«Hemorragias postclimatéricas benignas». Comun. a la Soc. Ginec. Española, 1957.
21 CULLEN, I. S.—«Cancer of the uterus». Philadelphia, 1909.
22 IKLE, A.—«Aspirationsabstriche zur zytologischen Beurteilung des Endometrium». *Gynaec.*, 144, 18. 1957.
23 SCHRÖDER, R.—«Granulosazelltumor des Ovars mit glandulärcystischer Hyperplasie des Endometriums und beginendem Karzinom auf diesem Boden». *Zbl. Gynäk.*, 46, 195. 1922.
24 BUSBERG, S. D.—«Precursors of corpus carcinoma estrogens and adenomatous myperplasia». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 54, 905. 1947.
25 HERTIG, A. T.—«Genesis of carcinoma of the endometrium».
26 NOVAK, E., y MOHLER, D. I.—«Ovarian stromal changes in endometrial cancer». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 65, 1.099. 1953.

27 SPEERT, H.—«The premalignant phase of endometrial carcinoma». *Cancer*, 5, 927. 1952.
28 TE-LINDE, R. W., y colab.—«What are the earliest endometrial chancesbto justify a diagnosis of endometrial cancer?» *Am. J. Obst. Gynec.*, 66, 953. 1953.
29 NOVO, A.—«Cancer du corps de l'utérus et endométre non cancéreux». En *Tendences actuelles en gynécologie et obstétrique*, Genève, 1955.
30 RUNGE, H.—«Möglichkeiten und Methoden einer Prophylaxe des Uterus-Carcinoms». Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia. Genève, 1954.
31 MÜLLER, J. H., y KELLER, M.—«Atypische Proliferationserscheinungen des Endometriums und ihre Beziehung zum manifesten und latenten (Stad. O) Corpuscarcinom». *Gynaec.*, 31, 144. 1957.
32 HEYMAN.—Cit. por MÜLLER y KELLER (31).
33 SCHRÖDER, R.—Conferencia pronunciada en el IV Congreso de Ginecología y Esterilidad. Santiago, 1956.
34 PAYNE, F. L.—L. c.
35 NOVAK, E.—«Postmenipausal endometrial hyperplasia». *Am. J. Obst. & Gynec*, 71, 1.312. 1956.
36 TAYLOR, H. C.—«Endometrial hyperplasia and carcinoma of body of uterus». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 23, 309. 1932.
37 NOVAK, E., y YUY, E.—«Relation of endometrial hyperplasia to adenocarcinoma of the uterus». *Am. J. Obst. Gynec.*, 32, 674. 1936.
38 JONES, H. O., y BREWER, J. I.—«Studies of ovaries and endometriums of patients with fundal adenocarcinoma». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 42, 207. 1941.
39 SCHRÖDER, R.—«Endometrial hiperplasia in relation to genital funtion». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 68, 294. 1954.
40 KLOB.—Cit. por R. MEYER (1).
41 PHILLIPS, E., y HUBER, H.—«Die Ausbreitung des Korpuskarzinoms. Ein weiterer Beitrag für die Bedeutung der Tubendometriose». *Zbl. Gynäk.*, 63, 2.153. 1939.
42 TREITE, P.—«Ueber die kontinuierliche Ausbreitung des Korpuskanzinoms in den interstitiellen Tubenteil». *Zbl. Gynäk.*, 64, 504. 1940.
43 ASCHEIM, S.—Cit. por R. MEYER (1).
44 FRANQUÉE, L.—En «Vit-Stoeckel», tom. VI/1.
45 SEELIG, D.—«Path.-anat. Untersuchungen über die Ausbreutungswege des Uteruscarcinoms im Bereiche des Genitaltractus». *Virchows Arch.*, 80, 140. 1895.
46 KERMAUNER, F.—En «Clínica y tratamiento operatorio de los cánceres de la matriz». Halban y Seit, Madrid, VI, 769. 1931.
47 PANKOW, O.—«Die Therapie des Uteruscarcinoms und des Chorioepithelioms». *Handbuch der Gynäk*, vol. 6, part. 2, 406. 1931.
48 POIRIER, P., y CHARPY, P.—«Traité d'Anatomie Humaine». Masson & Cie., París, 1901.
49 LEVEF, J., y GODARD, H.—«Les lymphatiques de l'uterus». *Rev. de Chir.*, 61, 219. 1923.
50 WEIBEL, W.—«Die gynäkologische Operationstechnik der Shule E. Wertheins Berlin». J. Springer, 1923.
51 OFFERGELD, H.—«Ueber die Histologie des Adenocarcinoms im Uterusfundus». *Arch. Gynäk.*, 78. 289. 1906.
52 LIU, W., y MEIGS, J. V.—«Radical hysterectomy and pelvic lymphadenoctomy». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 69, 1. 1955.
53 JAVERT, T.—«The spread of benign and malignant endometrium in the lymphatic system with a note on coexisteng vascular involvement». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 64, 780. 1952.
54 TAILHEFER, A.—«Pronostic et traitement des cancers du corpos uterin». *Actualités Gynécologiques*, 2.ª serie, París, 1956.
55 STANDER. M. D.—«Vaginal metasteses following treatment of endometrial carcinoma». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 71, 776. 1956.
56 MEIGS, J.—«Carcinoma of the endometrium». *New England J. Med.*, 201, 155. 1929.
57 CALATRONI, C. J.—«Carcinomas del cuerpo», en el tratado sobre *El cáncer ginecológico*, de J. C. AHUMADA, t. I, 435, Buenos Aires, 1953.
58 MILLER, N. F.—«Indications for hysterectomy». Mesa de discusión en *Am. J. Obst. & Gynec.*, 72, 535. 1956.
59 QUÉNU. J.—«Pronostic du cancer du corps de l'utérus opéré». Mém. de l'Acad. de Chir., 673. 1922.
60 DELANOY.—«Pronostic du cancer du corps de l'utérus opéré. Mém. de l'Acad. Chir., 674. 1922.
61 REGAUD, C.—«Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations». Bruselas, 1926.
62 MAHLE, A. E.—«The morphological histology of adenocarcinoma of the body of the uterus in relation to longevity». *Surg. Gynec. & Obst.*, 36, 385. 1923.

63 HEALY, W. P., y CUTLER.—«Radiation and surgical treatment of carcinoma of the body of the uterus: results of 100 cases from Memorial Hospital New York». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 19, 457. 1930.

64 HEALY, W. P., y BROWN, R. L.—«Experience with surgical and radiation therapy in carcinoma of the corpus uteri». *Am. J. Obst. Gynec.*, 38, 1. 1939.

65 SCHMIDT, H. E.; SHEEHAN, J. F., y TOWNE, J.—«The preoperative irradiation in the endometrial carcinoma». *Am. J. Obst. & Gynec.*, 45, 377. 1943.

66 TE-LINDE, R.—«Operative ginecology». *Lippincott*, Londres, 1953.

67 HÜNDLEY, J. M.; DIGGS, E. S., y KARDASH, T.—«Adenocarcinoma of the uterus observations on treatment and histologic findings following intracavitary radiation». *Am. J. Obst. Gynec.*, 57, 52. 1949.

68 ARNESON, A. N.—«Clinical results and histologic changes following the radiation treatment of cancer of the corpus uteri». *Am. J. Roentgenol.*, 36.

69 SEITZ, L., y WINTZ, H.—«Die Karzinomdosis bei Röntgen und bei Radium bestrahlung». *Zbl. Gynäk.*, 44, 57. 1920.

70 CORSCADEN, J. A.—«Evaluation of radiation entreatment of carcinoma of corpus uteri». *J. A. M. A.*, 126, 1.334. 1944.

71 MASSONS, J. C., y GREGG, R. O.—«Carcinoma of the body of the uterus. Experience of the Mayo Clinic for twenty-four years». *Surg Gyn. Obst.*, 70, 1.083. 1940.

72 HEYMAN, J.; REUTERWALL, O., y BERNER, S.—«The radiumhemmet experience with radioterapy un cancer of the corpus al the uterus.» *Acta Radiol.*, 19, 22. 1941.

73 HEYMAN, J.—«Improvement of results in the treatment uterine cancer». *J. A. M. A.*, 135, 412. Año 1947.

74 EYMER, H.—«Clínica de la radiación de los cánceres uterinos», en el *Halban-Seitz*, Madrid, año 1932.

75 SCHEFFEY, L. C. y, LANG, W. R.—«Adequate measures in the diagnosis of uterine cancer, with regard to management and treatment». *Sur. Clin. N. Am.*, 1.729-1.744. Filadelfia, año 1952.

76 KIMBROUGH, R. A., y MUCKLE, C. W.—«Carcinoma of endometrium». *South, M. J.*, 43, 609. Año 1950.

77 DIETEL, F. G.—«Die Strahlenbehandlung der Uteruskarzinome an der Universitäest Frauenklinik Heidelberg». *Strahlenther*, 46, 201. 1932.

Dirección: Carrera del Conde, núm. 11. Santiago de Compostela.

Publicado también en «Rev. Esp. de Oncología», vol. VII. Madrid, 1960.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

CLÍNICA DE GINECOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA
Prof. J. M. BEDOYA

LOS «ESTADOS DIABETOIDES» DEL EMBARAZO Y SU TRATAMIENTO CON LOS DERIVADOS SULFANILUREICOS

(NOTA PREVIA)

POR EL

DR. J. R. LÓPEZ-FERNÁNDEZ

PROFESOR ADJUNTO

SEVILLA

HACE algo más de un año que empezamos a utilizar los antidiabéticos orales en el tratamiento de las embarazadas hiperglucémicas. La investigación resulta lenta porque ha de esperarse al final del embarazo para saber el resultado. En consecuencia, no hemos podido reunir muchos casos aún. Pero nos ha parecido conveniente darlos a conocer.

Es, por otra parte, la primera vez que se comunican resultados del empleo de estos preparados en gestantes; al menos no tenemos noticia de que se hayan empleado con anterioridad.

INTRODUCCIÓN

A) *Las diabetes en el embarazo*

Los problemas que plantea la diabetes en el embarazo son ya clásicos en Obstetricia. En la literatura española han sido tratados, recientemente, por BOTELLA, por BONILLA y por FERNÁNDEZ RUIZ.

Los avances en el conocimiento de la diabetes, por un lado, y de las modificaciones endocrinas y metabólicas de la gestación, por otro, permiten establecer que el problema no es único. Pueden, en efecto, presentarse las siguientes circunstancias:

1) *Las diabetes concomitantes con el embarazo.*

Son diabetes preexistentes, conocidas o no. Pueden pertenecer a los dos prototipos de diabetes hoy conocidos. Es decir:

a) Diabetes por déficit pancreático primario. Es la diabetes menos frecuente, tanto fuera del embarazo como en las embarazadas. La coexistencia con el embarazo se ha hecho más frecuente desde el empleo de la insulina. Antes de ella, la esterilidad era muy frecuente, y además, las diabéticas morían pronto. Es ésta una

grave complicación para la mujer durante el embarazo, período durante el cual suele empeorar mucho el estado metabólico, probablemente porque el páncreas no es capaz de aumentar la producción de insulina necesaria para contrabalancear el predominio del sistema contrainsular que lleva inherente el embarazo. Para el feto, en cambio, si el estado metabólico materno se compensa, no encierra gravedad especial. No nos ocupamos ahora de este tipo de diabetes; diremos solamente que deberá ser tratado con las normas clásicas de régimen e insulina, que suele ser imprescindible.

b) *La diabetes por disturbios diencéfalo-hipofisarios primitivos.* Es la más frecuente, sobre todo en personas de edad; por esto no coincide mucho con el embarazo. Durante éste se confunde mucho con los que llamaremos «estados diabetoides». Muchas veces la gestación no es ajena a su aparición y puede coadyuvar a ella o revelar su existencia. Los problemas que plantean son semejantes, y acaso sumables, a los que vamos a comentar con respecto a los «estados diabetoides» del embarazo.

2) *Los «estados diabetoides» del embarazo.*

Se trata de mujeres normales con anterioridad, que durante el embarazo tienen un estado metabólico, por lo que respecta a los hidrocarbonados, semejante al de la diabetes, que desaparece después del embarazo. A veces, sin embargo, continúan con una diabetes tipo *b* o aparece en ellas una diabetes más adelante en la vida. Algunos hablan de «prediabetes» por esta razón; pero no siempre van seguidas de una verdadera diabetes.

Faltan, sin duda, conocimientos a este respecto. Pero, así caracterizados, estos «estados diabetoides» bien pudieran ser incluídos entre las auténticas «toxemias de embarazo». En efecto, cumplen los requisitos para ello: 1) Aparecen durante el embarazo y como consecuencia de él. 2) Desaparecen, generalmente, después. 3) Son, como veremos, una exageración de los fenómenos normales del embarazo. Difieren, sin embargo, de las toxemias en el carácter recidivante de los estados diabetoides. Ello significa, por tanto, que el factor constitucional es muy importante.

De estos «estados diabetoides», como de las diabetes llamadas extrapancreáticas, lo único que se conoció, durante mucho tiempo, fue la alteración del mecanismo hidrocarbonado, y siempre se incluyeron, con la diabetes pancreática primaria, en el gran capítulo de las «diabetes y embarazo». La hiperglucemia, espontánea o provocada, y la glucosuria fueron las únicas pruebas diagnósticas, y ellas no permitían establecer la diferencia. La verdad es que tampoco hoy resulta fácil distinguir, en la práctica, estos tipos de diabetes, a no ser que conozcamos la existencia de ella antes del embarazo o esperemos a ver si desaparece después del parto.

En el embarazo, la «diabetes pancreática primaria» es rara y tampoco es demasiado frecuente la «diabetes extrapancreática» coincidente con el embarazo. Lo de todos los días es la disregulación metabólica de los glúcidos condicionada por el embarazo mismo, lo que llamamos «estados diabetoides del embarazo».

Estos «estados diabetoides» son, por lo general, benignos en extremo para la madre; son, además, generalmente pasajeros. Para el feto, en cambio, revisten especial gravedad; causan elevada mortalidad perinatal (partos prematuros de fetos muertos, muertes intraútero, fetos nacidos gigantes a término que mueren poco después, malformaciones). En cualquiera de las revisiones sobre «diabetes y embarazo» puede verse este aspecto del problema. Se ha podido conocer, recientemente, que son, además, frecuente causa de abortos (La Fuente y Gálvez, Hoet, Pirart).

Con exactitud no conocemos el mecanismo de producción de estos estados en el embarazo, pero se conjetura con bastante probabilidad.

Hay, en el embarazo, aumento de producción de ACTH por la hipófisis y, en consecuencia, de corticoides suprarrenales (la prueba de Thorn ha permitido decir esto casi con absoluta seguridad). Esto constituye, como se sabe, un factor diabetógeno.

Hay también, probablemente, en la embarazada un aumento de producción de STH (así lo hace pensar el llamado «acromegalismo gravídico») y se supone que este aumento de somatotropina sea aún mayor en las «diabéticas gestantes». En realidad nada de esto ha podido ser demostrado aún, por que la titulación de somatotropina, mediante el test de Gemzell, solamente ha sido posible de un año a esta parte, y la técnica no es, además, de fácil realización.

Es conocido el papel diabetógeno de la STH, demostrado con seguridad recientemente por la escuela sueca de Olivecrona. Y este aumento de somatotropina sería el responsable, en el embarazo, del gigantismo fetal, al mismo tiempo que de la disregulación metabólica de los glúcidos en la madre. Asimismo sería esta la causa, por mecanismos no bien conocidos, de las malformaciones y muertes fetales intraútero.

En estos estados el déficit de insulina sería secundario y de menor importancia; por ello es comprensible que no se hayan obtenido buenos resultados, en cuanto a las pérdidas fetales, con el tratamiento insulínico.

Cabe dudar, sin embargo, que la STH materna, de elevado peso molecular, atraviese la placenta. Acaso la misma hormona placentaria que induce en la madre las modificaciones en la producción de STH sea también la que, actuando sobre el feto, induzca en él un resultado análogo.

B) *Los antidiabéticos orales*

No hace muchos años que se conoció la acción hipoglucemiante de algunos compuestos sulfaminados (Jambon y colaboradores, Loubatiéres, etc.). A partir de entonces la investigación llevó a descubrir drogas hipoglucemiantes, activas por vía oral; son las llamadas sulfanilureas», sin acción quimioterápica (Ehrhardt, 1956), también llamadas «Tolbutamidas».

La utilidad de estas drogas en la terapéutica de la diabetes es aún discutida y no bien establecida. Parece, sin embargo, que no son eficaces si el páncreas es incapaz de producir insulina (Hoff, Pfeiffer); sería necesaria, al menos, que la décima parte del páncreas funcionara o fuera capaz de hacerlo. En los animales pancreatectomizados y en la diabetes experimental aloxánica carecen, por eso, de efecto hipoglucemiante.

En la diabetes humana juvenil, casi siempre debida a un déficit pancreático primario, estas medicaciones orales son poco útiles. Son, en cambio, particularmente eficaces en las diabetes que se iniciaron en la edad adulta, generalmente debidas a disturbios del sistema contrainsular, con tal de que estos antiabéticos orales se utilicen al comienzo del trastorno, antes de que el páncreas se inutilice funcionalmente de modo definitivo.

Se supone, por algunos, que las sulfanilureas frenan de algún modo aún no bien conocido, o se oponen al sistema contrainsular (STH, ACTH, glucocorticoides, tiroxina, glucagón). Pero ni es capaz de sustituir a la insulina, ni actuaría directamente sobre el metabolismo de los azúcares.

La mayoría piensa que actuarían activando la producción de insulina por el páncreas (LOUBATIÉRES, SANDRITTER, BAENDER), bien directamente o por bloqueo de la acción inhibidora de la STH sobre las células o del páncreas.

Experimentalmente aumentan la proporción de glucógeno hepático. Acaso destruyendo o inhibiendo la acción del glucagón o dificultando su producción por las células alfa pancreáticas (FRANKEY, FUCHS, BERTRAM y BENDFELT) o por inhibición de la fosfatasa hepática (MOHNIKE y KNITSCH).

Es probable, sin embargo, que las sulfanilureas actúen normalizando la función de algún eslabón elevado, diencéfalo-hipofisario, en el metabolismo de los carbohidratos, y que las acciones observadas no sean otra cosa que mecanismos intermedios.

Parece razonable, por ello, esperar que estas drogas hipoglucemiantes sean activas, casi acaso específicas, en los estados diabetoides del embarazo y en las diabetes extrapancreáticas que coexisten con el embarazo.

C) *Los resultados con la insulinoterapia en la gestación*

Conocidas las características patogénicas de los estados diabetoides en el embarazo, y de los factores de letalidad fetal, se comprende que la insulinoterapia no haya proporcionado los resultados apetecidos. Llega a compensar, en efecto, el estado metabólico materno, pero no consigue hacer desaparecer la mortalidad en los productos de la concepción.

La mayoría de las observaciones a este respecto son concordes en la literatura. En FERNÁNDEZ RUIZ, y también en HAGBARD, pueden verse datos a este respecto. No son buenos, por ejemplo, los resultados que, muy recientemente, comunican CLAVERO y colaboradores, puesto que pierden el 21 por ciento de los fetos en las gestaciones tratadas, y si se contabilizan solamente las ocho gestantes con disturbio metabólico demostrable, la mortalidad fetal se eleva al 37'5 por ciento.

NUESTROS ENSAYOS CON SULFANILUREAS

En las embarazadas con historia de abortos habituales, partos prematuros de fetos muertos, fetos gigantes nacidos muertos o fallecidos a poco de nacer, hemos tratado de aclarar su causa. Entre las investigaciones rutinarias que realizamos está la determinación de la glucemia basal y de la curva de glucemia. Debemos notar, a este respecto, que no tienen valor las investigaciones de glucemia realizadas fuera del estado grávido; la disregulación, en los «estados diabetoides», es transitoria y desaparece poco después del parto casi siempre.

No tenemos otro camino para conocer estos estados, que la investigación del disturbio metabólico en los glúcidos. Aunque es admisible la posibilidad de muertes fetales por alteraciones endocrinas maternas sin que el metabolismo de los carbohidratos haya llegado a perturbarse, no tenemos aún puntos de apoyo para aceptarlo.

No siempre hay paralelismo entre el disturbio de la glucemia y la acción deletérea sobre el feto. Elevaciones ligeras de la glucemia, por encima de las cifras normales, o curvas de sobrecarga perezosas, pueden ser tan graves para el huevo como las claramente diabéticas. Así, al menos, lo hemos aceptado.

A) *Técnica de tratamiento*

Se comprende la necesidad de instituirlo lo más precozmente posible en el embarazo.

En todos los casos se ha hecho tratamiento ambulatorio. Comprendemos que no es lo perfecto, pero no disponemos de camas suficientes para internarlas en la clínica. No ha parecido, por otra parte, imprescindible hacerlo.

No hemos controlado la dieta de modo especial. Solamente recomendamos una dieta rica en proteínas, como a todas las embarazadas, sin limitar los hidratos de carbono.

Hemos utilizado, en todos los casos, tolbutamida (Artosín o Rastinón). La dosis diaria inicial fue de un gramo, repartido en dos tomas. Una semana más tarde se investigó la glucemia y, según el resultado, se aumentó o disminuyó la dosis hasta la semana siguiente, en que investigamos nuevamente la glucemia. Así procuramos ajustar a cada enferma la cantidad necesaria de medicamento. La dosis necesaria, en la mayoría de los casos, fue de un gramo diario; en algunos bastó con medio gramo, y pocos necesitaron dos gramos.

B) *Resultados*

En la tabla presentamos los resultados observados hasta ahora:

Caso	*Abortos*	*Premat. muertos*	*Maduros muertos*	*Vivos*	*Glucemia*	RESULTADOS *Glucemia*	RESULTADOS *Feto*
1	1	2	0	0	155 mg. %	Normal	Vivo, a término
2	3	0	0	0	186 mg. %	Normal	Vivo, a término
3	0	2	0	0	140 mg. %	Normal	Vivo, a término
4	2	0	3	3	186 mg. %	Normal	Vivo, a término
5	3	0	0	0	194 mg. %	Normal	Gest. 7.º mes (feto vivo)
6	2	0	0	0	160 mg. %	Normal	Gest. 7.º mes (feto vivo)
7	4	0	0	0	182 mg. %	Normal	Gest. 4.º mes
8	Primigesta				161 mg. %	Normal	Vivo, a término
9	Primigesta				180 mg. %	Normal	Vivo, a término

C) *Comentarios*

Se trata, por lo pronto, de un número excesivamente reducido de casos. Por ello no se pueden deducir conclusiones, y ésta se limita a ser una nota previa.

En los dos últimos casos se trataba de primigestas que, aun cuando tenían una hiperglucemia, acaso hubieran dado a luz normalmente un feto vivo sin hacer tratamiento alguno.

En tres casos más no ha tenido lugar el parto y no podemos hablar aún de buenos resultados en ellos. Sin embargo, las tres mujeres habían abortado en sus embarazos anteriores, y en éstos se había rebasado ya la época en que otras veces solían abortar.

El resultado ha sido totalmente bueno y completo en los cuatro primeros casos; todos los que han dado a luz después de iniciado el tratamiento.

La acción reguladora de la glucemia ha sido de eficacia absoluta. En todos los casos tratados se logró reducirla a los límites normales. Pero esto también se lograba con el régimen dietético y la insulinoterapia; lo importante es ver si con los antidiabéticos orales se logran salvar más fetos que con la insulina.

RESUMEN

Se recuerdan en esta nota previa los problemas que plantea la diabetes en embarazo, distinguiendo entre diabetes preexistentes concomitantes con la gestación y las debidas a trastornos primitivos diencéfalo-hipofisarios, y aquellos otros estados diabetoides del embarazo, que aparecen con motivo de éste, en mujeres antes normales.

Se examina la acción terapéutica mediante los antidiabéticos orales y con los preparados insulínicos; describiendo finalmente los resultados clínicos conseguidos con los preparados a base de sulfanilureas, que instituyen lo más precozmente posible en el embarazo, y que si bien poco numerosos para deducir conclusiones, han regulado perfectamente la glucemia y han permitido que llegasen a término felizmente, dando a luz normalmente después de iniciado el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baender y Scholz.—*Dtsch. med. Wschr.*, 81, 889. 1956.
2. Bertram, Bendfelt y Otto.—*Dtsch. med. Wschr.*, 80, 1.455. 1955.
3. Bonilla.—Lecciones de Cátedra, 17. 1959.
4. Botella.—Supl. *Arch. Med.*, n.º 21 y siguientes. 1960.
5. Clavero Núñez, Hurtado, Llamazares y Botella.—*Rev. Esp. Obst. Gin.*, 19, 16. 1960.
6. Ehrhardt.—*Naturwissenschaften*, 43, 93. 1956.
7. Fernández Ruiz.—*Tocoginec. Práct.*, 11, 486. 1957.
8. Franke y Fuchs.—*Dtsch. med. Wschr.*, 80, 1.449. 1955.
9. Fuente, Gálvez y Belda.—*Acta Gin.*, 9, 273. 1958.
10. Gemzell.—*J. Clin. Endocrinol.*, 19, 1.049. 1959.
11. Hagbard.—*Acta Obst. Gin. Scand.*, supl. 1. 1956.
12. Host.—*Rev. Organon*, 8-3-1956.
13. Hoff.—*Triángulo*, 3, 135. 1958.
14. Ikkos, Luft y Gemzell.—*Lancet*, 1, 720. 1958.
15. Jambon, Chaptan, Vedel y Shaap.—*Montpellier Med.*, 21, 441. 1942.
16. Loubatiéres.—*Presse Med.*, 63, 1.701. 1955.
17. Luft, Ikkos, Gemzell y Olivecrona.—*Lancet*, 1, 721. 1958.
18. Mirsky, Perisutti y Diengott.—*Metabolism*, 5, 156. 1956.
19. Monike y Knitsch.—*Dtsch. med. Wschr.*, 81, 891. 1956.
20. Pirart.—*Ann. Endocrinol.*, 15, 58. 1954.
21. Pfeiffer, Steigerwald, etc.—*Verh. Dtsch. eGs. inn. Med.*, 1957.

NOTA.—Agradecemos a las casas Boehringer y Hoescht el que nos ayuden en este estudio poniendo a nuestra disposición sus preparados de tolbutamina «Artosín» y «Rastinón», respectivamente.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

NUESTRA EXPERIENCIA CON LA BIOPSIA-SONDA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA

POR EL

DR. PABLO DE LA PEÑA REGIDOR

SANTA CRUZ DE TENERIFE (I. CANARIAS)

En el año 1947 dimos por primera vez conocimiento de nuestro método de biopsia-sonda aplicado al diagnóstico de la tuberculosis genital femenina. Desde esta fecha han transcurrido doce años, y en este amplio intervalo de tiempo hemos sumado una casuística varia de doscientas sesenta y cuatro exploraciones biopsia-sonda. Al dar conocimiento del nuevo método, referíamos que entre las muchas utilidades que nos ofrecía figuraba la de ayudarnos al diagnóstico de la tuberculosis genital femenina, pues con este simple método podíamos recoger en la sangre menstrual numerosos elementos de gran valía para dicho diagnóstico, estudiando dicho producto bien directamente por coloración o estudio histológico, o indirectamente a través de cultivo o inoculación al cobayo. También reseñamos en aquel escrito, y en otras comunicaciones nuestras sobre el mismo tema, que las ventajas que nos ofrecía escoger el primer día de la regla como el más propicio, es la facilidad para atravesar el canal cervical en ese día, y, sin anestesia, penetrar en la cavidad uterina y poder recoger allí máxima cantidad de endometrio descamado.

Continuamos sosteniendo que el método es innocuo. En algunas ocasiones, la maniobra resulta dolorosa, acusándose especialmente cuando traspasamos el orificio cervical interno; pero desde que venimos usando un anestésico local en forma de aerosol, Sprocaína, aplicado en la porción, dicha maniobra se hace más tolerante. Discuto aquí si la recogida de la sangre menstrual según nuestro proceder, en pocos minutos, por medio de esta técnica cruenta, es mejor que aquellas otras técnicas donde se espera varias horas hasta llegar a coleccionar 5 ó 6 centímetros de sangre menstrual, con aparatos ingeniosos. Creemos que no procede. Sólo diré que mi vasta experiencia, que suma ya, como hemos dicho, doscientas sesenta y cuatro biopsias-sonda, permite afirmar la utilidad del método.

En 1947 manejábamos como instrumento de trabajo, para la toma de sangre menstrual, la simple sonda de Nélaton. Desde hace seis años hemos modificado el método, procurando siempre conservar su fundamento (véase foto 1). Se trata de una sonda que tiene 28 centímetros de largo, permitiendo así un manejo más fácil, ya que el tamaño reducido de la sonda de Nélaton en muchas ocasiones nos entorpecía la maniobra de la recogida. Está provisto este nuevo instrumento de un mandril que se mantiene dentro durante la maniobra de introducir el extremo distal en la

hasta llegar al tope de fondo de útero, lo que se nota muy claramente. El orificio distal de la sonda está cortado verticalmente para poder raspar, pasando directa-cavidad uterina; pero tan pronto como se nota que hemos franqueado el orificio cervical interno, se procede a retirar el mandril y raspar de abajo hacia arriba,

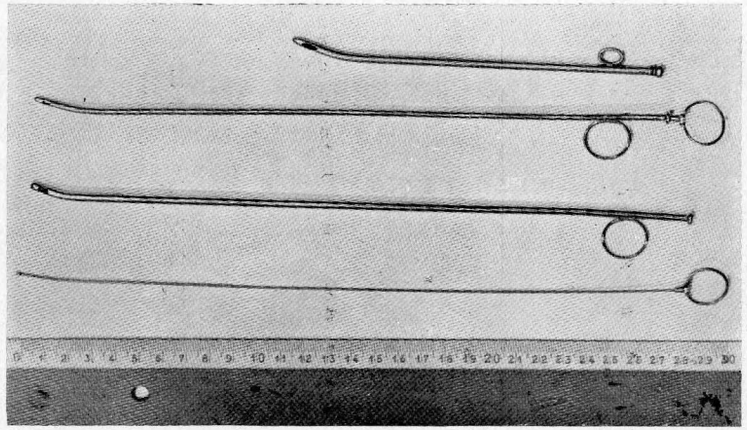


FIGURA 1

mente el desprendido endometrial a la luz de la sonda, el cual se desaloja ayudado con el mismo mandril. El extremo proximal, y también el mandril, lleva dos anillos para su fácil presa digital.

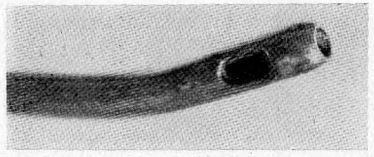


FIG. 2.—VISTA PARCIAL DEL EXTREMO «DISTAL» DE LA SONDA DE ENDOMETRIO

Técnica de laboratorio que realizamos con el producto.—Partimos siempre de 5 ó 6 centímetros de sangre menstrual, recogida en un recipiente estéril y que sometemos a la siguiente sistemática:

1) Tinción del extendido de la sangre (ZIELHL).
2) Estudio histológico del endometrio.
3) Inoculación al cobayo (4 cm. de sangre).
4) Siembra.

MATERIAL DE ESTUDIO

Proceden nuestras pacientes de la consulta privada de esterilidad y de un grupo de enfermas de procesos ginecológicos no definidos y con antecedentes fímicos. El número de pacientes es de doscientas noventa y dos, y el de biopsia-sonda, de doscientas sesenta y cuatro, porque algunas pacientes han requerido tener que practicar varias exploraciones, bien porque la primera recogida fuera positiva, y en este caso se le practican tres exploraciones repetidas en este sentilo, aunque negativos los datos clínicos hacían pensar que estábamos frente a un proceso que era de tuberculosis genital femenina. Siempre que existe cavidad uterina, aunque haya amenorrea, practicamos el método hasta recoger suficiente

cantidad de sangre; en caso de ausencia de cavidad uterina, nos guiamos de la histerografía como test complementario.

Protocolos.—Número de pacientes: 202; por esterilidad, 172; por procesos ginecológicos, 30.

Total de biopsia-sonda: 264.

Grupo I.—Por esterilidad: Zielhl, 0; histológico, 11; cultivo, 9; inoculación al cobayo, 21.

Grupo II.—Por procesos ginecológicos incalificados: Zielhl, 0; histológico, 2; siembra, 7; inoculación, 11.

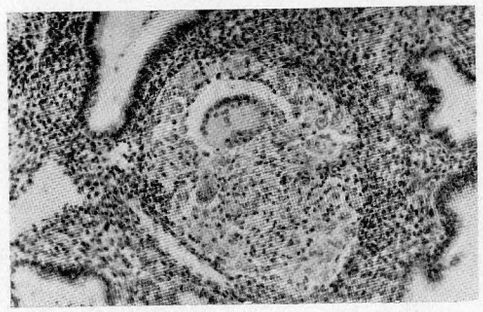


FIG. 3.—CASO 100. TUBERCULOSIS DEL ENDOMETRIO. PRIMER DÍA DE LA REGLA. FOLÍCULO TUBERCULOSO CON UNA CÉLULA GIGANTE.

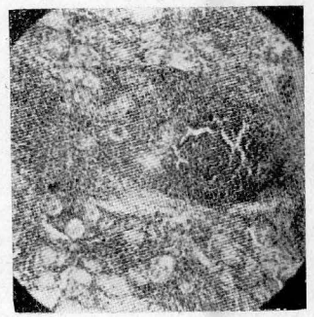


FIG. 4 — ENDOMETRIO, FORMA EXUDATIVA, DONDE PREDOMINA FOCO DE CASEIFICACIÓN. DIAGNÓSTICO: ENDOMETRITIS TUBERCULOSA.

COMENTARIO

En el grupo I, por causa de esterilidad, la inoculación al cobayo fue el método que obtuvo mayoría de posibilidades; le siguió el histológico, con 11 positivos. El cultivo dio 9 positivos, y el estudio bacteriológico, manejando la técnica de Zielhl, no reveló la existencia de bacilo de Koch.

En el grupo II, por procesos ginecológicos confusos, la inoculación al cobayo permitió descubrir 11 positivos; la siembra, 7; el histológico, 2, y el Zielhl, 0. De estos datos se deduce que la inoculación al cobayo es el procedimiento fiel y a la par, sencillo, aplicado a la consulta de esterilidad y de ginecología para descubrir la responsabilidad etiológica del bacilo de Koch.

Hay que insistir en la concordancia entre la inoculación al cobayo y el diagnóstico histológico. En cambio, donde fue negativo el cobayo, todas las otras pruebas fueron negativas.

RESUMEN

Se hace una revisión de doscientas sesenta y cuatro biopsias-sonda realizadas en doscientas dos pacientes, unas por causa de su esterilidad y otras por procesos ginecológicos no definidos. Se revela que entre las diferentes técnicas que se usan manejando la sangre menstrcal para descubrir la tuberculosis genital femenina, la inoculación al cobayo resulta la más fidedigna. Igualmente se presenta nuestro nuevo instrumento para la recogida de sangre menstrual.

Domicilio: Méndez Núñez, 74. Santa Cruz de Tenerife (I. Canarias).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE PRESENTACIÓN TRANSVERSAL CON ROTURA DE ÚTERO

POR EL

DR. MANUEL TORREJÓN OJEDA

ZARAGOZA

No es nuestra intención al presentar esta comunicación hacer un estudio de la presentación transversal y de sus riesgos, lo cual significaría el tratar de hacer un trabajo exaustivo y de recopilación de todo lo hasta ahora escrito de hacer un trabajo exaustivo y de recopilación de todo lo hasta ahora escrito sobre el tema, que ha sido mucho y que en cualquier tratado de la especialidad está perfectamente estudiado y que también todos conocen a la perfección. Unicamente queremos dar a conocer un caso vivido por nosotros, hace unos pocos días, y las circunstancias y tratamientos seguidos, así como la respuesta favorable de la enferma, al objeto de someterlo a la consideración y comentarios de ustedes.

Según las últimas estadísticas las roturas de útero son debidas, en un 75 por ciento a estrechez pélvica; un 10 por ciento, a presentación transversal sin estrechez pélvica; un 9 por ciento, a hidrocefalia, y 6 por ciento, a otras causas, como anomalías de la estructura uterina, placenta acreta, puntos de menor resistencia debidos a legrados, malformaciones (útero bicorne, doble, etc.), cicatriz de la operación cesárea, causas traumáticas (embriotomías, versiones, fórceps, etc.).

Nuestro caso entra de lleno en los de presentación transversal sin estrechez ni alteración pélvica y como causa determinante de esta presentación la multiparidad, paredes abdominales y uterinas relajadas que no facilitan el encajamiento de la cabeza fetal al término de la gestación, y que según las cifras de algunos autores alcanza una proporción del 25 al 50 por ciento (WINCKEL), siete multíparas por cada primípara es la opinión de PINARD. Nosotros hemos considerado estas circunstancias al no existir otras causas que pudiéramos considerar como causantes de la presentación y de la rotura, y que ustedes van a poder juzgar a continuación.

Doña M. A. M., de 45 años, domiciliada en Zaragoza. Antecedentes familiares sin interés. En los personales nos dice padecer del corazón, por lo que la remitimos al especialista correspondiente, doctor Mola, que nos informa de la existencia de un discreto soplo sistólico en área cardíaca, ligeros edemas maleolares en ambas piernas y diagnostica una insuficiencia mitral crónica, que por otra

Comunicación presentada a la Sociedad Ginecológica Española (Sección del Ebro) el día 24 de febrero de 1960.

parte ya le habían diagnosticado en su primer embarazo, hace dieciocho años. No aprecia signos de insuficiencia cardíaca. Considera no es preciso tomar ninguna medida especial y sí únicamente restringir la sal y los líquidos, limitando el ejercicio diario, y cada diez días y durante dos seguidos la toma de tres comprimidos de Hidrosaluretil.

Los informes analíticos de sangre y orina son normales.

En los antecedentes genitales figuran unas reglas normales, no abortos y nueve partos normales, uno de ellos, el sexto, en presentación podálica. No le han sido practicados legrados, ni intervenciones de ningún género.

El día 4 de enero es visitada de nuevo en consulta, apreciando una posición oblicua, dorso anterior y cabeza en el lado izquierdo. Se practica versión externa, muy fácilmente, debido a la distensión y flacidez de las paredes abdominales. Se ordena que se faje y procure estar todo el tiempo posible sobre el lado izquierdo, el correspondiente al sitio donde se encontraba la cabeza; VIGNES y VON MIKULICZ dicen haber obtenido buenos resultados con este procedimiento.

Además se le recomienda volver, pasados unos días, para comprobar la posición fetal, advirtiéndole que, caso de comienzo de parto, se traslade inmediatamente a la clínica y nos avise; se le insiste en este sentido, tanto por su multiparidad como por temer un prolapso de cordón o fijarse la presentación anormalmente.

Pues bien, a pesar de todas las recomendaciones y como suele ocurrir en tantos casos, nuestras advertencias no fueron escuchadas, y cuando requirió los servicios de la comadrona en su domicilio, según nos contó, por tener un hermano sacerdote invitado a comer y aguardar a que se marcharan los hijos pequeños al colegio, fue al notar que rompió aguas y que le salía «algo» a través de la vagina y vulva. La comadrona nos informa de la existencia de una presentación transversal con prolapso de un brazo, sufrimiento fetal y dolores maternos intensísimos y continuados. Ordenamos su traslado inmediato a la clínica, donde nos personamos con la mayor brevedad. Al llegar se nos dice que la enferma está muy mal, no se perciben los tonos fetales y los dolores de la madre han cedido.

Encontramos a la parturiente ya en el quirófano, donde ha sido trasladada directamente, con el cuadro indudable de una rotura uterina consumada: shock, facies intensamente pálida, pulso rápido e hipotenso. A la palpación se perciben las partes fetales con gran facilidad, y ocupando vacio e hipocondrio derechos una tumoración grande y dura, que interpretamos como el cuerpo uterino contraído. A través de la vulva, el brazo derecho prolapsado violáceo y una discreta hemorragia.

Con la extrema urgencia que el caso requiere se preparan los elementos necesarios para la práctica de una laparatomía, procediéndose inmediatamente a transfudir sangre para tratar de recuperar a la enferma.

Abierto el abdomen, ratificamos el diagnóstico y procedemos a la extracción fetal y anexos, lo que se hace sin dificultades. Limpiamos con aspiración y compresas los coágulos y líquidos vertidos en cavidad abdominal, reconociendo entonces la intensidad de la rotura, que interesa a casi la totalidad de cuello y segmento inferior del útero, quedando inserto únicamente por el parametrio y ligamento útero-sacro derechos, conservándose intacta la arteria uterina de dicho lado. En el lado izquierdo el desgarrón ha interesado el ligamento ancho, viéndose en su fondo, y como si hubiera sido disecado, el ureter, que reconocido no presentaba ninguna lesión; la vejiga, flácida y también separada de sus correlaciones anatómicas, conservaba su integridad; la vagina, rasgada en una longitud aproximada

de cuatro a cinco centímetros. Se practica una histerectomía total, conservando el anexo derecho, sutura de la vagina, en la que se deja un tapón de gasa yodofórmica. Peritonización a partir del lado derecho, y utilizando la vejiga formamos un techo por encima de la sutura vaginal, terminando con los restos del ligamento ancho izquierdo. Nueva revisión de cavidad abdominal y cierre de la pared en cuatro planos.

Se continúa la perfusión venosa hasta un total de 1.500 gramos. Se ha empleado como anestésico éter, y queda la enferma para su recuperación a cargo del doctor Estevan.

En el postoperatorio, antibióticos (Terramicina cada seis horas, Aqucilina cada doce). Prostigmina a las dieciséis horas, tónicos, etc., completan el tratamiento. Se retira al quinto día el tapón vaginal. Siendo el curso posterior de la enferma perfecto y sin complicaciones. Es dada de alta en clínica a los doce días de su ingreso.

El mecanismo etiopatogénico de la rotura que comentamos, y dada su gran magnitud, lo hemos considerado como debido, por una parte, a la gran hiperdistensión de las partes blandas, vagina y cuello, provocadas por encajamiento fetal, y por otra, un probable pinzamiento del segmento inferior entre la cabeza fetal y la pared pélvica. El anillo de Bandl ha ascendido al máximo, la distensión ha llegado a su límite y los tejidos han estallado desgarrándose.

De todos ustedes es sabido que la rotura de útero es un gravísimo accidente obstétrico y que la mortalidad materna siempre ha sido muy elevada; antes del tratamiento quirúrgico, de un 100 por ciento. Posteriormente, con la práctica del taponamiento disminuyó a un 80 por ciento, y actualmente, con las nuevas técnicas quirúrgicas, de anestesia y reanimación y antibióticos, las cifras oscilan de un 30 a un 40 por ciento. Y si existe rotura de vejiga se aumentan hasta un 80 por ciento, según KLIEN. Por todo ello la presentación transversal, causa frecuente de ésta, ha de ser vigilada al máximo y ha de ser asistida siempre en un medio quirúrgico donde, caso de producirse tan grave accidente, pueda ser atendida y muchas veces salvada.

RESUMEN

Se expone el caso de una presentación transversal abandonada, por negligencia de la parturiente, que conduce a una rotura de útero y extenso desgarro de los tejidos blandos adyacentes.

Describe la técnica seguida y el tratamiento de recupración y postoperatorio que consigue salvar la vida de la enferma.

Examina las causas etiopatogénicas que pueden haber actuado como causantes de las lesiones producidas, haciendo unas consideraciones rnales sobre la vigilancia a que han de estar sometidas estas embarazadas y la conveniencia de ser asistidas siempre en un medio quirúrgico.

Dirección: Zumalacárregui, núm. 10, pral. izqda. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS GENITAL DE LA MUJER

POR EL

DR. H. G. ROBERT

PROFESOR AGREGADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

PARÍS

HAY tres aspectos diferentes de la tuberculosis genital: el que conocen los médicos, el de los cirujanos y, finalmente, el de los ginecólogos.

LA TUBERCULOSIS «DE LOS MÉDICOS»

Está plenamente caracterizada por la ascitis tuberculosa de las jóvenes. El signo esencial del diagnóstico lo proporciona la asociación de otras localizaciones serosas (pleura, pericardio) o, sobre todo, el descubrimiento del bacilo de Koch, bien por el cultivo del líquido de ascitis, bien indirectamente por la tuberculización del cobayo inoculado por el líquido de ascitis. En buenas condiciones materiales, se obtiene casi siempre esta prueba bacteriológica.

Un aspecto menos conocido y seguramente más frecuente, es el de un síndrome abdominal atenuado acompañando la primoinfección tuberculosa de una muchacha púber. Con ocasión del descubrimiento tardío de una tuberculosis genital, se encuentra a menudo un episodio digestivo con meteorismo, una «gripe intestinal» o trastornos menstruales. En nuestros días el diagnóstico de la tuberculosis se realiza con tanto rigor en las colectividades, que la primoinfección, prácticamente, no pasa ya desapercibida e, independientemente de la posibilidad de las lesiones pulmonares, el tratamiento antibiótico reviste, en la mujer soltera, un interés esencial, el de una verdadera profilaxis de la esterilidad ulterior. Es el punto de vista que han defendido P. FUNCK-BRENTANO y JEAN DALSACE ante la Academia de Medicina.

Llamo a estas formas «tuberculosis de los médicos» y no «de los tisiólogos», porque estos son unánimes en reconocer la rareza en medio sanatorial de las bacilosis genitales. MAGENDIE ha insistido todavía recientemente en ello.

Esta forma de tuberculosis genital no releva de hacer un adecuado tratamiento; ha pasado la hora de la laparotomía exploradora y de los tres minutos de rayos ultravioleta en el vientre abierto. Detallaré más adelante lo esencial del tratamiento médico.

Traducción del original francés, aparecido en «Le Concours Médical» (núm. 9, febrero, 1960. París), por el doctor José Rivera Ramos.

La tuberculosis «de los cirujanos»

Se encuentra a menudo con ocasión de un error diagnóstico.

Una jovencita tiene dolor en el vientre, a la derecha, con fiebre: la apendicectomía revela una capa de ascitis, granulaciones traslúcidas en el peritoneo, gruesos ganglios en el mesenterio. La histología muestra a menudo lesiones tuberculosas del apéndice. Se puede decir que en estos casos existen *siempre* lesiones genitales que son probablemente primitivas.

En otro tiempo era la aparición de una fístula estercoral la que estigmatizaba la tuberculosis. Los antibióticos conducen —aparentemente— a la curación hasta que van al ginecólogo.

Una muchacha, con ocasión de trastornos de las reglas o de algunos dolores pelvianos, ve que se le propone una laparotomía por un quiste de ovario, y el cirujano tiene la dolorosa sorpresa de descubrir un doble absceso tubárico. ¡Qué error de diagnóstico, qué fuente de pesares, de reproches para el porvenir!

Una mujer, en buen estado de salud aparente, ve desarrollarse en algunos días la más severa de las pelvi-peritonitis sin que se le pueda atribuir una etiología precisa. A ojos vistas, bajo los dedos, se constituyen y crecen enormes masas anexiales. Se opera, a veces apresuradamente, y se descubren enormes bolsas quísticas de trompa, en las cuales la histología pone en evidencia folículos tuberculosos. Eran esos temibles hidrosalpinx latentes, forma de tuberculosis quiescente, pero conservando sus temibles posibilidades evolutivas que, antes de la era antibiótica, se manifestaban por fístulas intestinales, oclusiones y, a menudo, la muerte en caquexia y amilosis.

En todos estos casos, quizá un clínico sagaz podría sospechar la tuberculosis. Pero a menudo esta sospecha no reposa sobre ninguna base sólida, falta tiempo para completar los exámenes paraclínicos o el contexto no se presta a tales exámenes.

Pero no sucede así en numerosos casos. Quiero hablar de las *pelvi-peritonitis fibro-caseosas*, que representan la mitad de las tuberculosis genitales y un décimo de las salpingitis en general. Anatómicamente, existe una maraña de espesas adherencias que invaden la pelvis, suben al abdomen y constituyen masas tumorales en medio de las cuales se desarrollan colecciones supuradas que anegan las asas tumefactas por el proceso úlcero-caseoso.

Clínicamente son salpingitis que muchos detalles individualizan. En favor de la tuberculosis abogan:

—La aparición en una muchacha o, si se trata de una mujer, la ausencia de antecedentes infecciosos o puerperales.

—La *fiebre*, a menudo elevada y muy irregular.

—La discreción de los síntomas, en particular de los *dolores*.

—El contraste entre la discreción de los síntomas y la escasa antigüedad de la enfermedad, de una parte, y la importancia de las lesiones clínicamente perceptibles.

—Un signo capital: la *esterilidad* involuntaria en una mujer casada hace años y deseando un embarazo.

—Finalmente, un argumento evolutivo del que Lecène es entusiasta: la resistencia de una salpingitis al tratamiento de su época, es decir, al hielo, reposo, vacunas.

Pero en nuestros días la asociación penicilina-estreptomicina, empleada casi sistemáticamente por los médicos, en casos de anexitis puede dar resultados rápidos y favorables, aunque un nuevo signo evocador aparece: la variabilidad en el tiempo de las masas anexiales, desaparecidas bajo el tratamiento, se vuelven a encontrar unos meses después.

No me parece ya necesario insistir sobre la evolución de estas formas en ausencia de tratamiento. Me limito a citar un Compendio de Ginecología, a título histórico: «La evolución hacia la supuración era la regla habitual, la infección secundaria es frecuente y complica el problema terapéutico. La colección pelviana puede fistulizarse espontáneamente en un órgano hueco o en la vagina después de una colpotomía. Esta fistulización, lejos de aliviar, conduce a una agravación de todos los síntomas. Una consecuencia frecuente es la aparición de una fístula pioestercoral, dando la prueba de la participación del intestino en las lesiones pelvianas. La generalización, la degeneración amiloidea, la caquexia, son a menudo acortadas por una meningitis.»

Eso es el pasado. Pero la enfermedad permanece y es preciso conocerla, ya que las *pruebas del diagnóstico* son escasas.

Aparte de los síntomas clínicos, la anamnesis, las reacciones cutáneas a la tuberculina, se tienen escasos recursos.

Desaconsejo la biopsia de endometrio, que puede ser el pretexto de una explosión. Lo mismo la histerografía.

Quedan tres medios de diagnóstico:

La punción del Douglas y la inoculación al cobayo del líquido o pus recogido. Ello exige una técnica perfecta para ser útil.

La celioscopia, si se tiene el hábito de hacerla.

La laparotomía exploradora en caso contrario, sabiendo detenerse y volver a cerrar el vientre antes de haber efectuado actos irreparables.

La tuberculosis «de los ginecólogos»

Se califica frecuentemente de inaparente. Es una de las causas importantes de esterilidad femenina, y ciertamente la más grave. En una mujer en buena salud, pero sin hijos, el diagnóstico puede ser apoyado en numerosos exámenes especializados que, incluso en manos expertas, no están siempre desprovistos de peligro.

Hay signos que no constituyen más que un conjunto de presunción. Son: los antecedentes, las reacciones cutáneas a la tuberculina, la ausencia de antecedentes ginecológicos, la aceleración de la velocidad de sedimentación globular, la reacción de Vernes-resorcina y, finalmente, la reacción de Middlebroocke-Dubos, a la cual J. Bret da un gran valor (v. de Bret y Legros, «Tuberculosis útero-anexial», Masson, editor, 1956).

Hay exploraciones que muestran la obturación tubárica, sin precisar la etiología: insuflación y, sobre todo, *histerosalpingografía*. Las imágenes de ésta, cuando están bien realizadas técnicamente y son correctamente interpretadas, pueden aportar una certeza casi absoluta.

Finalmente, hay tres procedimientos que pueden conducir a un diagnóstico exacto cuando proporcionan la única prueba formal, o sea, la prueba bacteriológica: son el cultivo de la secreción menstrual, la biopsia de endometrio y la celioscopia con toma biópsica.

El cultivo de la sangre menstrual es inofensivo y, en principio, puede repetirse tantas veces como sea necesario. Hago notar que la práctica de este examen necesita, sobre todo si se completa el cultivo por la inoculación al cobayo, un labo-

ratorio que posea grandes medios. Seamos francos; excepto HALBRECHT, que es el promotor del método y que tiene de él una gran experiencia, cada uno habla de él, pero ninguno lo practica.

La biopsia de endometrio debe hacerse la víspera de las reglas, y hago notar a su propósito:

1.° Que sólo revela la tuberculosis si ésta ha invadido el endometrio. Ahora bien, algunas salpingitis tuberculosas no se acompañan de diseminación uterina (se dice que la inversa no es verdad, pero yo no estoy seguro de ello); a veces, es al segundo o tercer examen cuando se obtiene un resultado positivo.

2.° Que una maniobra intrauterina en una mujer atacada de anexitis, si es tuberculosa, es a veces peligrosa; se ha visto sobrevenir, a pesar de las mayores precauciones, severas pelvi-peritonitis; he visto, una vez, peor aún, una pleuresía purulenta, metastásica y una peritonitis generalizada.

3.° Finalmente, el diagnóstico de las tuberculosis sobre el corte microscópico se presta, a veces, a discusión. En efecto, nadie pone en duda la etiología de un folículo típico gigante-epitelioide, vuelto a encontrar en numerosos ejemplares. Pero la cuestión se plantea ante formaciones poco numerosas, incompletas y anatómicamente discutibles. Fuera de la tuberculosis se puede obtener a nivel del endometrio ese «tejido extraordinario» (Duperrat) por acción de cuerpos extraños (sobre todo, lipiodol), por retención de restos placentarios o de coágulos sanguíneos, por citolisis de un tubo glandular. En estos casos es preciso buscar la prueba por otros métodos de examen.

La celioscopia con biopsia es, en manos de un especialista entrenado, muy útil. No es que se descubran a menudo granulaciones miliares, pero se revelan lesiones bastante características: nódulos de las trompas en su porción ístmica, importancia de las lesiones del pabellón, extensión del daño seroso. Y además es posible, bajo control endoscópico, tomar un poco de serosidad peritoneal para someterla a las pruebas bacteriológicas; y hasta tomar, con una pinza de biopsia adecuada, un fragmento de pabellón tubárico una granulación peritoneal para hacer su estudio histológico.

Conclusión. — La tuberculosis, aunque sea inaparente, es una enfermedad grave cuyas consecuencias son importantes, aunque no sea nada más que por la esterilidad que determina y por el tratamiento que requiere. Por ello sería una locura sentar un diagnóstico tan cargado de consecuencias sin tener razones irrecusables. La clínica, la radiografía úterotubárica, las pruebas biológicas, los cultivos, la biopsia de endometrio, la celioscopia, ofrecen tal conjunto de probabilidades que sería extraordinario que una u otra no aportasen una casi certeza, certeza controlable por la evolución y el efecto del tratamiento.

Esto es por lo que yo me alzo contra tratamientos largos, penosos, costosos, no siempre inofensivos (¿os gustaría quedar sordos o tener vértigos?), administrados, contra toda lógica, por la sospecha fundada sobre un aspecto general, antecedentes familiares o vagos dolores abdominales. Es una falta. Me alzo todavía más, contra tratamientos para una tuberculosis verdadera, pero tratamientos cortos e incompletos o mal hechos; este sabotaje terapéutico es demasiado frecuente, incluso en medio hospitalario.

BASES DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Ante todo: Los tratamientos hechos en medio sanatorial son mucho más activos que los otros. En principio, pues, en medio hospitalario, en sanatorio especializado en el tratamiento de la tuberculosis extrapulmonar, es donde deben ser tratadas nuestras enfermas.

Por otra parte, es más fácil tratar una tuberculosis genital que la mayor parte de las otras localizaciones; los tratamientos duran mucho menos tiempo; es una razón suplementaria el conducirlos rigurosamente.

La estreptomicina se utiliza actualmente bajo la forma de pantotenato de dihidroestreptomicina. Es la base del tratamiento de la tuberculosis. Por regla general, la dosis de un gramo diario es suficiente. Está probado que bastan algunos días de tratamiento para hacer desaparecer los folículos tuberculosos del endometrio. Por eso la administración no debe ser continua, salvo urgencia (y, en particular, intervención quirúrgica). En el hospital Broca prescribimos primero 15 gr. de pantotenato de dihidroestreptomicina en quince días, luego continuamos a razón de 3 gr. por semana, o incluso 2 gr. del producto, lo que supone 6-10 meses de tratamiento.

El P. A. S. se puede asociar en perfusión a la estreptomicina; en medio sanatorial se puede hacer una perfusión venosa los días sin estreptomicina, pero la experiencia me ha enseñado que son raras las mujeres cuyas venas toleran un largo tratamiento por el P. A. S.

La isoniazida es un excelente medicamento de asociación. Está probado que actúa también por vía rectal. La prescribo, en supositorios de 0'30 gr., los días intercalares, dando en total cien supositorios, lo que abarca, por lo menos, seis meses. Es sólo en casos de intolerancia rectal cuanto la isoniazida puede administrarse por vía bucal, a la dosis de 5 mg. por kilo de peso corporal y día.

Los derivados de la cortisona son actualmente numerosos y cada mes aparece uno nuevo. Son de notable actividad combinados, naturalmente, a los grandes antibióticos, en dos casos bien precisados, las formas miliares y las formas ascíticas.

Algunos de estos esteroides imponen precauciones dietéticas y medicamentosas, en particular la administración de cloruro potásico. Es preciso vigilar, en función del producto utilizado y de las dosis prescritas, el prevenir el agotamiento suprarrenal por inyección de andrógenos y eventualmente de ACTH.

No es cosa de seguir tal tratamiento fuera de un servicio hospitalario bien habituado a estas terapéuticas.

LOS TRATAMIENTOS ANTIBIÓTICOS LOCALES

Era tentador el llevar al contacto del mal el medicamento específico; ello ha sido recomendado por numerosos autores y es realizable de diversas maneras.

Las instilaciones útero-tubáricas son prescritas por BRET de manera casi sistemática. BRET utiliza material de histerosalpingografía e inyecta tres veces por semana, durante un mes, una mezcla de 1 gr. de estreptomicina y 25 mg. de hidrocortisona en 10 c. c. de suero fisiológico.

Las inyecciones parametriales son también recomendadas por BRET cuando existen masas anexiales. Estas inyecciones son dolorosas y es preciso añadir procaína a la mezcla precedentemente descrita. Seis inyecciones repetidas en dos semanas parecen suficiente a BRET.

Las inyecciones intraperitoneales parecen interesantes en casos de ascitis importante. Yo no tengo ninguna experiencia de ello.

Tratamiento quirúrgico

I) Sucede que se opera sin estar prevenido de la existencia de tuberculosis.

Esto sucede todavía hoy a menudo. Es muy raro que la exploración quirúrgica no conduzca al buen diagnóstico. El aspecto de los órganos, la importancia de los fenómenos inflamatorios y su extensión; la existencia de granulaciones y de ascitis desconocida; la abertura de pequeños abscesos caseosos constituyen otras tantas presunciones.

¿Es preciso proseguir el acto operatorio cuando la sospecha de tuberculosis viene al espíritu? Esto está en relación con el caso particular de las lesiones y la habilidad del operador. Todos saben que los antibióticos pueden curar todo, excepto los secuestros que constituyen las masas caseosas. «Extirpemos lo irreabsorbible», dice R. Kaufmann. Esto es fácil algunas veces, en casos de abscesos fríos tubáricos, o incluso ováricos, que se ofrecen al operador sin ninguna adherencia, como un quiste del ovario. Otras veces es muy complicado. «Todo cirujano conserva el recuerdo de esas penosas intervenciones que emprendió con desconfianza y prosiguió con el pesar de haberlas empezado» (P. Brocq).

Por eso no puedo dar directrices definidas, las dificultades y los peligros operatorios varían con las lesiones y los cirujanos. Pero yo he operado en varias sesiones en las peores condiciones, a saber: en el curso de peritonitis genitales debidas a sobreinfecciones de tuberculosis genitales antiguas. No es cuestión de retroceder; de acuerdo con las reglas de las infecciones genitales no específicas, he realizado anexectomías, histerectomías con o sin conservación, a veces he cerrado el vientre sin drenaje, por otra parte he drenado ampliamente con láminas de goma y hasta por Mikulicz, sin tener para nada en cuenta el veto de los clásicos, veto todavía formulado por Bret. Bajo la protección de los antibióticos, mis paredes han cicatrizado como si no hubiese tuberculosis, y dudo mucho de la realidad del riesgo de fístula intestinal si no se ha herido el intestino.

Fuera del caso, bastante raro para quien no está especializado, de las tuberculosis «recrudecidas», el cirujano tiene siempre el derecho de abstenerse. Que sepa que los planos de separación son ilusorios, que el intestino es frágil, que la vejiga está amenazada y que en esta mujer joven la operación será probablemente castradora. Los antibióticos representan una solución mucho menos peligrosa, y no hay falta en retroceder después de una laparotomía, que no habrá sido inútil, puesto que habrá permitido un inventario de las lesiones y habrá dado una certeza etiológica si se han efectuado tomas biópsicas.

II) Cuando se ha establecido el diagnóstico de tuberculosis genital.

Fuera de los accidentes de torsión y peritonitis no existe *ninguna razón* para intervenir de comienzo.

Es, por tanto, después de un tratamiento antibiótico prolongado cuando se planteará la cuestión de las indicaciones de un tratamiento quirúrgico.

En efecto, yo no he operado nada más que en las circunstancias siguientes:

1.° *Complicaciones evolutivas*: una de mis enfermas ha tenido en el sanatorio una fístula tubo-cólica. He hecho una castración y he reparado el colon. No he tenido que deplorar nada más que una supuración parietal.

2.° *Persistencia de masas anexiales*: son secuestros tuberculosos que, estoy de acuerdo con Bret, no permiten la operación limitada. «Quizá la rareza del ataque del ovario permitiría la conservación de este órgano. Es preciso saber que, traumatizado, puede no quedar funcional, lo que es un mal menor, o puede ser origen de vivos dolores por las considerables variaciones de volumen que puede presentar, determinadas por una hipertrofia funcional o porque aloje un hematoma. Hemos tenido la ocasión de practicar la ablación secundaria de varios ovarios hemáticos sin encontrar tuberculosis ni endometriosis a su nivel» (Bret y Legros, op. cit.).

3.° *Cirugía de las secuelas dolorosas.* Bret propone para los vicios de posición, hacer la ablación de los órganos más atacados y fijar el ovario y el cuerpo uterino, tabicando el Douglas.

En todos los casos, el uso de los antibióticos debe ser reinstaurado, «como para un tratamiento de ataque», durante un mes aproximadamente. El empleo de los esteroides antiinflamatorios puede ser útil cuando se practica una intervención conservadora por secuelas dolorosas.

III) La cirugía plástica de las trompas es inoportuna en el cuadro de la tuberculosis.

Sin volver sobre este asunto que he tratado en otra parte, debo señalar que en Lyon, Polloson ha comunicado, en la tesis de Chery, seis salpingostomías sobre trompas obliteradas por tuberculosis, con dos embarazos.

Sin desconocer la importancia de estos hechos, no puedo recomendar semejantes operaciones. Todas las veces que la histología ha mostrado la etiología tuberculosa de una obturación tubárica, no he tenido sino fracasos en las operaciones plásticas, excepto en dos casos. Y en estos dos casos he tenido dos embarazos extrauterinos.

Tuberculosis tubárica y tratamiento de la esterilidad

En el cuadro de las tuberculosis latentes, asintomáticas y reveladas por el examen metódico de una mujer estéril, es preciso saber que el tratamiento no es apenas favorable a eventuales maternidades y que los embarazos anormales son mucho más frecuentes que las gestaciones terminadas por el nacimiento de un niño vivo. Incluso en esta contigencia, se conocen algunos casos de tuberculosis congénita del recién nacido.

En efecto, se observan, después del tratamiento antibacilar, con una frecuencia extraordinaria, embarazos ectópicos.

Esta noción es bastante nueva, puesto que en 1956 Bret insistía sobre la extrema rareza de esta asociación, observando al mismo tiempo que es posible que, «bajo la influencia de los tratamientos modernos, la función tubárica no vuelve a tomar sus caracteres normales y predispone así a nidaciones ectópicas». Y si se conocen después del tratamiento médico de tuberculosis genitales latentes algunos embarazos (he encontrado once en la literatura, más uno inédito de J. Dalsace), se encuentran muchos más extrauterinos (Dalsace y Weibel, Palmer, Pye, Wood, Houlné, yo mismo). ¿Por qué?

Probablemente porque los importantes fenómenos perifocales descritos por De Brux y Rauzy evolucionan bajo la influencia del tratamiento hacia la fibrosis, y que sin duda las alteraciones de los plexos nerviosos intramurales abocan a anomalías definitivas de los movimientos peristálticos tubáricos.

El resultado es alarmante. J. Dalsace, en cuarenta y dos casos de tuberculosis genital inaparente tratados, no ha tenido ningún embarazo uterino (en 1958) y seis embarazos tubáricos.

HOULNÉ, en dieciocho casos, tiene un aborto de seis semanas y cinco embarazos uterinos.

HALBRECHT, en sus tuberculosis latentes curadas, obtiene veintiún embarazos extrauterinos, y cinco abortos, contra tres mujeres que tuvieron en total cinco embarazos normales; tres de los embarazos tubáricos fueron bilaterales.

¿Es preciso en presencia de estos desastres modificar el tratamiento aplicado a las mujeres estériles en las cuales se descubre una tuberculosis genital latente?

Se han propuesto diversas soluciones, de las cuales algunas no son apenas razonables.

1.° *No tratar estas tuberculosis*: esto es inadmisible porque pueden siempre evolucionar y complicarse, yo lo he observado dos veces; la tuberculosis es siempre una enfermedad grave.

2.° *Tratarlas, pero ligar o resecar las trompas*: moralmente es difícil de admitir: las mujeres estériles no quieren las operaciones esterilizantes; y el riesgo de embarazo extrauterino, aunque sea de 27 por ciento, como en la serie de HALBRECHT, no legitima una operación que tiene, también, sus riesgos reales.

3.° *Evitar los tratamientos «ginecológicos»*: yo apruebo la posición de HOULNÉ cuando condena la utilización terapéutica de las insuflaciones y de las perfusiones tubárica y hasta la histerosalpingografía. «No nos parece que en el estado actual de nuestras responsabilidades terapéuticas, buscar el embarazo sea deseable, puesto que, en nuestro sentir, la obtención de un extrauterino, teniendo en cuenta los riesgos patológicos que comporta esta afección y las perturbaciones psicológicas que una alegría entrevista y horrorosamente frustrada después corre el riesgo de entrañar en la enferma, no constituye un éxito, sino más bien una catástrofe.

4.° *Abandonar la estreptomicina*, que sería particularmente generadora de esclerosis en provecho del P. A. S. y de la isoniazida; posición que sostiene NETTER y que, en materia de tuberculosis latente, es admisible.

Es cierto que estas indicaciones son provisionales y que tendremos que revisar nuestra actitud en función del progreso de la terapéuticas antibiótica y antiinflamatoria. Quizá entonces podamos volver sobre la condenación de los tratamientos operatorios de la esterilidad por tuberculosis tubárica.

RESUMEN

Con vistas a un mejor tratamiento de los procesos tuberculosos del aparato genital femenino, se examinan los diferentes aspectos según el enfoque que a los mismos dan los médicos, los cirujanos y los ginecólogos.

Describen las bases del tratamiento antibiótico con estreptomicina, P. A. S., isoniazida y derivados de cortisona, así como los tratamientos locales, haciendo comentario crítico a su empleo, para después plantear la cuestión de las indicaciones de un tratamiento quirúrgico. Finalmente, analizan el problema de la tuberculosis tubárica y tratamiento de la esterilidad.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

LIBROS

AUTORES NACIONALES

TRATADO DE GINECOLOGÍA Y DE TÉCNICA TERAPÉUTICA GINECOLÓGICA, *por el profesor doctor* VÍCTOR CÓNILL, *con la colaboración del profesor* V. CÓNILL SERRA. *Un vol. (18 por 27 cm.) de 737 páginas, con 476 figuras en negro y color y una lámina; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A. Provenza, 84-88, Barcelona (15) - Madrid, 1960.*

EL espléndido libro del profesor Víctor Cónill, que ha aleccionado a tantas generaciones de ginecólogos, viene de nuevo a nuestras manos en su *cuarta edición* completamente remozado y al día.

Esta obra concebida, planeada y expuesta esencialmente con una finalidad de enseñanza, en el año 1946, ha visto en este espacio de tiempo agotar sus cuidadas ediciones anteriores, alcanzando plenamente el favor de los ginecólogos de habla española y mereciendo un puesto de honor en sus bibliotecas.

Es un mérito de sus autores, el veterano Cónill y el nuevo profesor Cónill Serra, su eficaz y más fiel colaborador, el haber condensado, casi en el mismo número de páginas de la edición anterior, todas las extensas materias tratadas y los nuevos conceptos y normas terapéuticas surgidas en estos años de intervalo, puesto que respondiendo a su afán han hecho «un libro corto de un programa vasto», y esto sí que requiere experiencia, crítica acertada y hábito de enseñanza, cosas no fáciles de reunir, pero que en estas páginas se ha logrado exponiendo de modo claro y sintético los fundamentos, los problemas clínicos y, sobre todo, los síndromes morbosos y las aplicaciones terapéuticas, según un criterio eminentemente práctico, cumpliendo todas las finalidades que requiere una obra totalmente científica.

Cualquier alumno o especialista podrá encontrar en esta obra, con seguridad y prontitud, todas las nociones conceptuales y terapéuticas fundamentales y más modernas, sobre los problemas ginecológicos, expuestas de modo equilibrado y con un criterio acertado y firme que valoriza especialmente la claridad de los temas buscados.

La belleza y pulcritud de los dibujos, fotografías y láminas de la parte iconográfica, es verdaderamente selecta, está mejorada y contribuye a dar prestancia a la obra acreciendo su valor científico.

Es obra de la que sus autores pueden sentirse orgullosos; los ginecólogos españoles, satisfechos; y la casa editora verdaderamente complacida por el esmero puesto en su realización. No hay que dudar, por tanto, de que alcanzará la misma rápida difusión que las ediciones precedentes. — RICARDO HORNO LIRIA.

SANCHO EL FUERTE, DE NAVARRA, *por el doctor* LUIS DEL CAMPO. *Un vol. (17'5 por 25 cm.) de 467 páginas, con 48 figuras; rústica. Precio: 175 pesetas. Impresa en «La acción social», Mayor, 75. Pamplona, 1960.*

LA figura de Sancho el Fuerte ha tentado en numerosas ocasiones a los historiadores, pues su vida y su reinado constituyen una de las encrucijadas más difíciles para Navarra en el aspecto político por las ambiciones de los monarcas que con él convivieron, que trataban de ganar para su corona aquellas tierras tan celosas de su independencia y de sus costumbres.

Luis del Campo, erudito médico navarro, que ya en muchas otras ocasiones ha tratado con fortuna e indiscutible competencia otros temas de la historia de su región, había residido algunos años de su ejercicio profesional en Roncesvalles. Allí, ganado por aquel embrujo que impregna los grises muros seculares de su Real Colegiata, casi continuamente bañados en las blancas brumas de sus nieblas y rodeada de sus maravillosos bosques de hayas, en cuya capilla duerme su eterno sueño el monarca navarro, se sintió ganado por el deseo de completar el estudio de su figura y darnos una obra acabada, auténtica y completísima, que deshiciese errores y mitos, sobre uno de los Reyes vencedores en la famosa batalla de las Navas.

Un esbozo de esta biografía fue premiado, en 1954, por la Asociación Española de Escritores Médicos, con el Premio Blanco Soler; y tiempos después, ya completa la obra, un nuevo concurso le adjudicaba el premio del Patronato Olave. Su valía y su documentación son indiscutibles, y sus cómputos de textos y archivos, en labor perseverante de

varios lustros, le permiten una visión formal y completa de la figura de Sancho IV, último descendiente de la dinastía pirenaica.

En el plan expositivo de este estudio se divide la obra en cuatro partes dedicadas: la primera, al estudio de Sancho como hombre, a sus circunstancias físicas y al medio ambiente de su época. Comprende la segunda, con el título de «El político», desde el comienzo de su reinado hasta el regreso de su supuesta marcha al Africa, con el desmembramiento de Navarra. La tercera, a partir de este momento hasta el hecho bélico más nombrado de su historia, la batalla de las Navas de Tolosa, se encabeza con el título de «Sancho el Administrador» y comprende los años de 1202 a 1212. La cuarta, con el título de «Sancho el Encerrado», abarca desde esa época hasta su muerte.

No tenemos preparación ni competencia para juzgar del valor histórico de la obra, pero sí la estimamos veraz y documentadísima, pues en todo momento se discuten y aducen pruebas y detalles de primera mano, obtenidos en pacientes y laboriosas búsquedas. En cambio, todas las apreciaciones sobre los padecimientos somáticos y rasgos psíquicos sobre los accidentes y, sobre todo, acerca de la constitución del Rey y de la enfermedad que padeció en sus últimos años en la pierna izquierda, que motivaron su largo retiro en Tudela; los detalles sobre los físicos y el ambiente de la época y las enfermedades corrientes en la Edad Media, están perfectamente expuestas y constituyen un admirable fondo costumbrista de aquel tiempo, del cual pueden extraerse provechosas enseñanzas.

Es, en resumen, obra muy meritoria e interesante para todos en el aspecto general histórico, especialmente para aragoneses y castellanos, pues hay muchos aspectos comunes y se explican actitudes políticas muy opuestas. En el terreno médico se hallarán en estas páginas materia útil y sobrada, pues abarca aspectos muy interesantes de vida y de ambiente.

Después de su minuciosa lectura se comprende perfectamente el tiempo invertido en escribir esta obra y los galardones que ha merecido. — RICARDO HORNO LIRIA.

HISTORIA DE LA MEDICINA PALENTINA, *por el doctor* CÉSAR FERNÁNDEZ RUIZ. *Prólogo del Excmo. señor don* EMILIO DÍAZ CANEJA. *Un vol. (71 por 24'5 cm.) de 138 páginas, con 72 ilustraciones; rústica. Imprenta Provincial. Palencia, 1960.*

CON su amena y clara dicción, con su fácil y apasionado estilo, nuestro ilustre compañero, el doctor Fernández Ruiz, nos presenta hoy estas estampas castellanas de la Historia, en las que recogiendo día a día datos, características e impresiones, y enlazando sucesos y figuras lejanas con hechos, personajes y monumentos, nos da una visión magnífica del esplendor antiguo de Palencia y del auge que alcanzaron sus instituciones benéfico-sanitarias en el pasado, como base de los establecimientos actuales de tipo asistencial y sanitario.

La descripción del Hospital de San Bernabé y de San Antolín, anterior al siglo XI; su gobernación, privilegios reales, bulas y concesiones; la de sus estancias, en las que aún se conserva, entre otras, en perfecto estado el departamento de farmacia con sus hornacinas, anaqueles, sus antiguos tarros, morteros y alambiques con la estela de viejos fármacos. La de sus archivos, con sus curiosos volúmenes, legajos y anotaciones con la filiación de los fallecidos y de las afecciones citadas como causa de su muerte. Todo ello va desfilando por sus páginas en provechosa y amena sucesión, así como otros varios lugares, como el Hospital-Convento de Santa Clara, donde Zorrilla sitúa una de sus más bellas leyendas poéticas la de Margarita la Tornera.

Igualmente, diversos hospitales y leproserías, como el de San Lázaro, cuya fundación se atribuye al Cid; el de distintas termas y establecimientos hospitalarios que jalonaron por toda la provincia la ruta de Santiago, son recogidos aquí con emocionado casticismo y acopio de datos pintorescos y anecdóticos que hacen su lectura sumamente grata.

La tercera parte va dedicada a la Universidad de Palencia, fundada por Alfonso VIII, el vencedor de las Navas, ratificando el prestigio adquirido por los primitivos Estudios Palentinos Episcopales, un siglo antes. De allí pasó, por dificultades en su desenvolvimiento o por conveniencias geográficas o políticas, a Valladolid. Finalmente, señala una serie de médicos palentinos que colaboraron en la enseñanza de la Facultad de Medicina, y dedica un magistral estudio a la biografía de Juan de Valverde, natural de Hamusco, gran anatómico del siglo XVI y médico del Papa Paulo IV; y también a don Francisco Simón Nieto, médico, historiador y arqueólogo del siglo XIX, Alcalde y gran benefactor de la ciudad de Palencia.

Como puede verse por esta rápida enumeración de su contenido, constituye una obra de enjundia y una meritísima recopilación de datos que suponen una entusiasta y perseverante labor de muchos años, que indican también su amor a la medicina del pasado y su acendrado patriotismo, pues como decía Unamuno: «Para conocer una patria, un pueblo, no basta conocer su alma —lo que llamamos su alma—, lo que dicen y hacen sus hombres; es menester también conocer su cuerpo, su suelo, su tierra», y esto ha demostrado Fernández Ruiz en este libro, conocerlo a la perfección.— RICARDO HORNO LIRIA.

LA MEDICINA Y LOS MÉDICOS EN LA OBRA DE TIRSO DE MOLINA, *por don* RAFAEL SANCHO DE SAN ROMÁN. *Un volumen (15 por 21 cm.) de 70 páginas; rústica. Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina. Universidad de Salamanca, 1960.*

ESTE volumen contiene el trabajo que en el pasado año fue galardonado por la «Asociación de Médicos Escritores y Artistas» con el premio Blanco Soler. En él se trata de reflejar la huella que la Medicina y sus ejercitantes dejaron en la vasta obra del ilustre fraile mercedario, que de tan maravillosa manera recogió en su teatro las costumbres y la vida de la España de los Austrias, que quedó allí pasmada con sincera objetividad.

Con numerosas reproducciones de los textos de las obras nombradas, el autor agrupa el material recopilado en seis capítulos, que va comentando acertadamente.

Incluye el *primero*, referencias sobre personajes médicos allí citados, reales unos, y otros productos de la fértil imaginación de Fray Gabriel Téllez. El *segundo* capítulo se ocupa de cuestiones antropológicas; el *tercero*, de problemas diagnósticos, pronósticos y terapéuticos en general, completado por las ideas psicosomáticas de aquel autor del siglo de oro. Abarca el *cuarto*, que titula *Cuestiones clínicas*, todo lo referente a efectos neuropsíquicos, del macizo facial, tóraco-abdominales y urológicos; alusiones a problemas dermatológicos y sobre afecciones venéreas, epidemiológicas y de traumatología. El *quinto*, se dedica a la agrupación y comentario de cuestiones tocológicas, pediátricas y de sexología. El *sexto* y último, recoge temas sociológicos y se complementa con una selección de sátiras, ironías y juicios difamatorios que la Medicina y los médicos de la época merecieron en aquella sociedad tan admirablemente reflejada por el ilustre comediógrafo.

Tal es, en síntesis, el contenido de esta monografía que se lee con agrado y que constituirá una base firme para el estudio folklórico de la Medicina de esta época, tan interesante como puedan serlo los textos científicos entonces publicados. — RICARDO HORNO LIRIA.

LA TERAPÉUTICA HIDROMINERAL, *por el doctor* JUAN GARCÍA AYUSO. *Folleto de divulgación para el médico rural. Impreso en Gráficas González. Un tomito, en octavo, de 104 páginas. Madrid, 1959.*

EL autor de este librito, editado por la Dirección General de Sanidad, es Presidente de la Sociedad Española de Hidrología Médica, Director del Balneario de Lanjarón, el de más afluencia de España, autor del conocido tratado de Hidrología Médica que nos ha servido a la mayoría de los médicos hidrólogos para especializarnos, y que en congresos de España y del extranjero representa a nuestra Patria, porque son de sobra conocidas la capacidad científica del autor y su entusiasmo por la Hidrología Médica española. Ha querido la Dirección de Sanidad que nos lleguen a los médicos los conocimientos más elementales hidrológicos para que podamos, en todo momento, aportar el beneficio que los tratamientos crenoterápicos llevan a los enfermos, y muy brevemente expuesto para que actuemos acertadamente. Este librito lleva el número 59 de los editados por la Dirección de Sanidad, y consta de 16 capítulos, con una guía de balnearios indicando su especialidad e itinerario. Expone en el mismo, el enfoque actual de la terapia hidromineral, lo que son las aguas minerales, cómo actúan, los manantiales, cómo se deben aplicar, sus indicaciones por enfermedades de órganos y aparatos, así como las contraindicaciones generales de la cura termal. La publicación será útil si llega a todos los médicos españoles, pues por el estilo y la amenidad de su lectura, ya que el autor es un extraordinario y consumado escritor, será ése el procedimiento para que aquellos que no se especializaron en los estudios de la Hidrología puedan, bien documentados, sacar el mayor partido posible curando a sus enfermos por medio de esta terapéutica, que es universal y cada día más floreciente en el mundo. — SAMITIER.

LA OBRA TOCOLÓGICA Y PEDIÁTRICA DE NÚÑEZ DE CORIA, *por* ANTONIO HERNÁNDEZ ALCÁNTARA. *Un vol. (15 por 21 cm.) de 34 páginas, con 18 láminas; rústica. Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina. Universidad de Salamanca. 1960.*

EN la serie de estudios de Historia de la Medicina española, que tan acertadamente dirige el profesor Granjel, aparece este volumen, en donde uno de sus discípulos, don A. Hernández Alcántara, trata de la vida y la obra de Francisco Núñez de Coria, toledano del siglo XVI, graduado en la Universidad de Alcalá de Henares, y cuyos libros, especialmente el aquí estudiado, *Libro intitulado del parto humano*, alcanzó en su tiempo gran difusión, imprimiéndose diversas ediciones, entre ellas la reedición realizada en nuestra ciudad de Zaragoza, el año 1638, por Pedro Vergés.

Este libro, «en el cual se contienen remedios muy útiles y usuales para el parto dificultoso de las mujeres, con otros muchos secretos a ello pertenecientes y a las enfer-

medades de los niños», está consagrado a la exposición tocológica y dividido en once capítulos. La parte dedicada a cuestiones pediátricas se divide en treinta y siete apartados, todos muy breves y de orientación eminentemente práctica.

Las curiosas láminas que ilustran el libro —y que aquí se reproducen—, se refieren a la posición fetal en el útero, el cual, en conjunto, adopta la forma de «una figura esférica», como consecuencia de la actitud «doblegada y encorvada» que el feto mantiene. En el curso de la gestación la cabeza fetal se sitúa hacia arriba, y sólo al tiempo de parir el feto «se buelve cabeça abaxo, inclinada la cabeça a la tierra».

El autor discute y analiza lo más saliente de la obra de Núñez de Coria, en capítulos que se refieren a: Embarazo y parto fisiológicos, asistencia al parto normal, patología del embarazo, parto patológico, accidentes del puerperio, puericultura y, por último, temas pediátricos; dando en conjunto, en pocas páginas, lo más saliente, curioso y meritorio de esta obra, fundamental para el conocimiento de la obstetricia y pediatría en esta primera mitad del siglo XVII. — RICARDO HORNO LIRIA.

AUTORES EXTRANJEROS

TRATADO DE OBSTETRICIA, *por el profesor* HEINRICH MARTIUS. *Un vol. (17 por 26 cm.) de 671 páginas, con 768 ilustraciones en negro y color; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A. Provenza, 84-88, Barcelona (15) - Madrid, 1960.*

En España, donde las obras anteriores del profesor Martius habían obtenido tan excelente acogida y difusión, por sus magníficas condiciones didácticas, existía el ferviente deseo de poder disponer en nuestro idioma de este tratado, tan popularizado en Alemania por sucesivas ediciones. Por fin, la Editorial Labor —que ya nos había ofrecido recientemente su «Tratado de Ginecología— completa hoy con la impresión en castellano de este otro tratado, la serie excelente de las obras de enseñanza del ilustre maestro de la Universidad de Gotinga.

El libro realmente lo merece, pues tiene conceptos y orientaciones muy personales, y la originalidad de exposición de algunos capítulos, el estilo sencillo y la simplificación del texto, que tiende siempre a facilitar la comprensión y la labor del tocólogo ante los problemas que constantemente se le plantean —muchas veces con acuciante urgencia—, merecen ser especialmente recordados y valorizados en todo su alcance.

El planteamiento de la obra sigue las normas habituales, comenzando por los fundamentos de anatomía y fisiología del proceso de la generación, modificaciones del embarazo normal, exploración, diagnóstico y medidas de preservación de la embarazada, para exponer después todo cuanto se relaciona con el embarazo anormal (aborto, patología de los anexos y enfermedades maternas durante la gestación).

Una segunda parte va dedicada con especial atención al carácter fisiológico del parto y después al parto anormal con sus complicaciones y anomalías. A esto sigue otro capítulo relativo al embarazo y parto múltiples. Las partes restantes se dedican, respectivamente, a puerperio, lactancia y fisiopatología del recién nacido.

En todo el libro la exposición es clara y breve, conteniendo lo conveniente para la práctica cotidiana del tocólogo y lo necesario para la formación del joven estudiante de medicina, siempre de acuerdo, no sólo con los conocimientos actuales, sino también con las preferencias que hoy se observan hacia textos de corta extensión y que vayan completados por una espléndida parte gráfica. En todo momento se advierte la ponderación del maestro y, sobre todo, la obsesión de enseñar.

Es obra que tendrá excelente acogida; la parte ilustrativa es valiosa y sobria; el texto, aleccionador y óptimo; y la presentación editorial, elegante y sólida.

Como dice el profesor Usandizaga en su prólogo, es obra que pretende y logra servir por igual a los estudiantes que inician su formación y con ella preparan sus exámenes, y a los médicos que ya se hallan ejerciendo la profesión. De aquí su valor y utilidad, que será apreciada inmediatamente por quien la consulte. — RICARDO HORNO LIRIA.

L'ERNIA VAGINALE DEL DOUGLAS O ELITROCELE, *por el doctor* EUGENE LENZI. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 137 páginas, con 81 figuras; rústica. Precio: 1.500 liras. Edizioni «Omnia Medica». Via San Michele degli Scalzi, 59. Pisa (Italia).*

En este completísimo trabajo el autor aborda esta modalidad del tratamiento de los prolapsos, constituída por la formación de una hernia por parte del peritoneo del espacio recto-uterino hacia la vagina y los planos perineales, clasificándolas en tres variedades:

a) La dirigida hacia delante, *hernia vaginal del Douglas o elitrocele.*

b) La que atraviesa el tabique recto-vaginal, *hernia perineal del Douglas*, y

c) La dirigida hacia dentro y atrás, *hernia rectal del Douglas o hedrocele.*

Comienza su estudio con un recuerdo histórico de este proceso, señalando a continuación, como base para el estudio anatomopatológico y clasificación, los datos anatómicos y embriológicos, pasando después a la descripción del cuadro sintomatológico y a su diagnóstico clínico y radiológico.

El desconocimiento de un elitrocele asociado a un prolapso puede llevar a error y hacer pensar en una recidiva tras una intervención, cuando en realidad se trata de una afección diferente, por lo cual es muy conveniente, como aconseja el autor, buscar los signos propios del elitrocele (masa gorgoteante, reductible, entre el dedo rectal y el dedo vaginal que exploran), que se ponen bien en evidencia con medio de contraste opaco a los rayos X.

La parte más importante de esta monografía, que agota realmente el tema, va destinada a la descripción y técnicas del tratamiento quirúrgico, así como de sus complicaciones y también a su prevención o profilaxis.

Una completa bibliografía pone de relieve la importante contribución italiana a este problema, entre la que recordamos el notable trabajo de Dellepiane y Boscaro a la «I Reunión de las Sociedades Ginecológicas del Mediterráneo Latino».

La monografía, muy bien presentada y copiosamente ilustrada, se lee con interés, y será consultada con fruto por quien se interese por esta variedad en el tratamiento de los prolapsos. — RICARDO HORNO LIRIA.

LA UNIÓN DE LOS ESPOSOS, *por el doctor* MARC ORAISON. *Traducción por* P. MESEGUER, *S. I. Un vol. (20 por 14 cm.) de 246 páginas, número 17 de la colección Psicología-Medicina-Pastoral; rústica. Precio: 50 pesetas. Editorial Fax. Zurbano, 80. Madrid, 1960.*

Conocíamos la versión original francesa editada por Fayard, y nos parece un acierto esta excelente traducción a nuestro idioma por el padre jesuíta Pedro Meseguer, pues consideramos que es un libro que hará mucho bien y que merece ser divulgado, ya que, además de explicar la doctrina del matrimonio, ayudará a los cónyuges —y a los que aún no lo son— a comprenderse mejor y a evitar inquietudes y desconciertos.

Sobre la significación de la sexualidad en el mundo viviente como potencia creadora de vida, se ha escrito mucho y no siempre con rectas intenciones, sin considerar al amor como principio de moral. La moral conyugal cristiana se funda esencialmente en el conocimiento de la significación religiosa de la sexualidad y del instinto sexual y de su misión en el plan de Dios sobre el mundo. El matrimonio ideal, tal como lo propone la Iglesia en el conjunto de sus enseñanzas, es un punto de partida y no un término de arribada.

El matrimonio como contrato es un compromiso mutuo entre dos personas adultas que, al poner en común la sexualidad y al poder contribuir a la creación de la nueva vida, interesa directamente a la especie y a la sociedad, tanto natural como sobrenatural. De aquí sus consecuencias de indisolubilidad, de su unicidad y de su espiritualidad, pues al aspirar a la realización del amor humano en el tiempo, no puede ser sino una preparación para este destino en la eternidad y como su imagen anticipada y lejana.

La función sexual es para el hombre la facultad de llevar el amor y la unión de dos personas hasta la creación de nueva vida. La función genitora exige también amor para esto, puesto que el hijo que surge es la flor de la unidad de los padres; pero este amor se necesita también después para acabar su obra. Los instintos no son mas que impulsos solicitantes, pero el amor es el que manda, y la sexualidad no es sino una modalidad subordinada suya, y si surgen conflictos entre el amor y el apetito sexual es éste el que tiene y debe ceder. Hay, por tanto, una regulación voluntaria, o sea, una moral.

La unión de los esposos posee un substratum fundamental biológico, afectivo y social. Pero su auténtica entraña, decisiva para el éxito del mismo en su realización práctica, está constituída por la entrega total y mutua.

El doctor Oraison estudia cómo han de ser esa entrega y recepción mutuas, para que desemboquen en un matrimonio integral y perfecto.

Se hace hincapié en el aspecto personal del matrimonio. La persona es estudiada en su compleja variedad de matices, y como consecuencia se da gran importancia al factor psíquico. El carácter, que condiciona lo social y lo sentimental, viene a su vez determinado por factores biológicos y sociales, así como por experiencias psíquicas anteriores, con frecuencia muy remotas.

En varios capítulos estudia la sexualidad a la luz de la biología general; hace después un análisis del amor como principio de moral; por último, un estudio referente al problema de los fines del matrimonio.

Expuestos estos fundamentos —biológicos, sociales y afectivos—, Oraison pasa a ofrecernos su visión unitiva del matrimonio y los factores que la condicionan.

Al tratar del carácter evolutivo del instinto sexual, señala dos puntos importantes: el de las dificultades que pueden entorpecer esa evolución hacia la plenitud, y el de la impor-

tancia que, para ella, tiene la etapa puberal.

El autor termina su estudio hablando de la función educativa de la vida conyugal y exponiendo los elementos de una moral conyugal positiva.

Un amplio apéndice completa esta excelente visión integral y universalista del matrimonio, con importantes documentos de textos pontificios sobre los fines del matrimonio.

Es obra importante que merece ser leída con detenimiento y de la que se obtendrán enseñanzas provechosas.

Editorial Fax la presenta con sobriedad y buen gusto. — RICARDO HORNO LIRIA.

FORMULAIRE ASTIER (XIe Edition). *Un vol. (10'5 por 16'5 cm.) de 1.772 páginas; encuadernado en tela. Precio: 50 F. N. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint-Germain. París (VI), 1960.*

ESTE antiguo y popular formulario, tan difundido entre los médicos de habla francesa y en el mundo entero, se presenta bajo el mismo formato exterior que los precedentes, lo que permite un cómodo manejo, pero su contenido es totalmente nuevo, ya que la rapidez de las adquisiciones terapéuticas exige una continua adaptación.

Se divide en varias partes, que vienen a ser como una reunión de diversas obras. La *primera* (de una extensión de 668 páginas), presenta por orden alfabético los *nombres de los agentes terapéuticos;* en cada uno de ellos se mencionan las propiedades, incompatibilidades, posología e indicaciones, y algunas de sus más corrientes fórmulas, siendo así un recordatorio fiel para el médico.

La parte *segunda* (49 páginas) está dedicada a las *grandes técnicas fisiopatológicas.* En ella, aparte de las enseñanzas precisas referentes a los detalles de la prescripción, se exponen al médico los grandes conceptos de fisiopatología general que orientan hoy la terapéutica; así ésta deja de ser sintomática y parcelaria, convirtiéndose en patogénica y adquiriendo unidad.

En una *tercera* parte, también muy extensa (837 páginas), se expone los datos esenciales de la patología médica, orientando sobre las características de tratamiento en los diferentes aparatos y sistemas, dando una exacta noción de las posibilidades terapéuticas ante las diversas infecciones, intoxicaciones, etcétera, constituyendo, en forma condensada, un verdadero manual de práctica médica.

Se ha dedicado también un espacio importante a los problemas médico-sociales y médico-legales. También la dietética, cuyo influjo en la nutrición y reacciones de los enfermos es cada día más importante, ha sido objeto de la mayor atención. Igualmente se han incluído todas las nociones en relación con las especialidades médicas.

Al final del volumen va un capítulo denso, rico en cuadros fáciles de lectura, en donde se resumen y reúnen las constantes fisiológicas, a las cuales tiene que referirse siempre el médico para cotejar los exámenes obtenidos o los datos proporcionados por el laboratorio.

El conseguir reunidas para cada una de las especializaciones médicas una exposición tan completa, constituye, por parte de los colaboradores de este volumen —todos ellos figuras destacadas en la medicina—, un esfuerzo considerable, que nunca será bastante apreciado. Esto, unido a su elegante formato y excelente impresión, así como su reducido volumen, hacen esperar que obtendrá, por parte de los médicos, la misma excelente acogida de las anteriores ediciones, que tanto le han popularizado entre profesionales y estudiantes. — RICARDO HORNO LIRIA.

EXPOSÉS ANNUELS DE BIOCHIMIE MÉDICALE, *publicados bajo la dirección de los profesores* BOULANGER, M.; F. JAYLE *y* J. ROCHE. *Un vol. (16'5 por 25 cm.) de 246 páginas, con 60 figuras; rústica. Precio : 42 F. N. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint-Germain. París (VI), 1960.*

MERECE especial atención este volumen, número 21, de las «Exposés Annuels de Biochimie Médicale». La colaboración extranjera da a la obra un carácter internacional que obliga a su adquisición por todos los centros interesados en los problemas modernos de bioquímica médica. No obstante, se mantiene en ella la norma básica de los escritores científicos franceses: la claridad de exposición. En algunas ocasiones el estilo científico francés, con su preocupación didáctica, siempre en primer plano, llega a inquietarnos al hacer pensar hasta qué punto no quedan subordinadas las verdades científicas a la claridad expositiva. En estas «Exposés» nos damos cuenta, un año tras otro, que rigorismo científico y claridad expositiva son compatibles. En este aspecto, no es pequeño el servicio que esta publicación presta al mundo científico y a la misma ciencia francesa. Choca al lector el cambio de estilo que se observa al comparar las publicaciones de los propios autores en sus lenguas habituales y sus escritos en esta obra. Esto hace pensar que el equipo director debe jugar un papel mucho más importante que el de un simple coordinador y ordenador de trabajos para mandarlos a la imprenta.

La diversidad de temas tratados, con su puesta rigurosa al día, y la limitada extensión de cada uno de ellos, que permite su lectura total sin interrupción dentro del tiempo normal que un intelectual puede dedicar en el transcurso de una tarde o una noche, conjuntamente con la claridad de exposición y de estilo, convierten el tema científico, siempre de por sí más o menos árido, en una composición amena, que invita a leer, aunque el lector no esté especialmente interesado en el tema expuesto.

Es difícil destacar trabajos en orden de mérito. Nos parece mejor ofrecer el índice con sus autores.

La structure fine des cholinestérases et le rôle de ces enzymes dans la conduction nerveuse, par F. Bergmann. L'étude des enzymes hépatiques chez l'homme: considerations générales et considerations préliminaires, par J. C. Waterlowe. Synthèse des constutuants cellulaires a partir de composés en C_2, par H. A. Krebs. Les histones: leurs structures, variations et rôle dans les organismes animaux, par J. A. V. Butler. Transport plasmatique des hormones tiroïdiennes, par A. Vannotti et Th. Béraud. Etudes récentes sur la chimie du cerveau et leur rapport avec la structure de la gaine myélinique, par J. Folch Pi. Le mode d'elongation des acides gras supérieurs, par P. Favarger. La lipase pancréatique de porc. Purification et étude de quelques propriétés, par P. Desnuelle, L. Sarda, G. Marchis-Mouren et P. Savary. Quelques aspects actuels du problème des acides gras indispensables et essentiels. La notion de familles d'A. G. P. et ses conséquences, par E. Le Breton et S. Ferret. Observations sur les hormones parathyroïdiennes, par Y. Raoul et C. Marnay. Lipides des hématies, par L. Douste-Blazy. Les phospholipides plasmatiques, par J. Polonovski.

Cabe que el lector, como nos ha ocurrido a nosotros, no se identifique con la totalidad de interpretaciones ofrecidas. Pero nos parece oportuno señalar que no se manifiestan, en general, con excesivo dogmatismo, y, en tal caso, no pretenden presentarse mas que como hipótesis de trabajo. — ANDRÉS PIÉ.

ANALES DE LA CLÍNICA GINECOLÓGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE S. PABLO (Brasil). (*Anais da Clínica Ginecológica da Facultade de Medicina da Universidade de S. Paulo.*) *Un vol. (16 por 23'5 cm.) de 632 páginas. E. G. Editora Guía Fiscal. Sao Paulo, 1959.*

SE trata del volumen VI de estos anales, correspondiente al período de tiempo transcurrido entre 1954 y 1958.

Integran esta obra veintinueve trabajos, un noticiario y cinco conferencias. Son éstas: 1.ª La Ginecología en sus relaciones con la clínica en general (A. Moraes). 2.ª Problemas éticos en Ginecología y Obstetricia (W. Netto). 3.ª El factor cervical en la esterilidad femenina (F. Müller). 4.ª Dismenorrea. Etiopatogenia y tratamiento (J. R. Azevedo), y 5.ª La cirugía tubárica en la esterilidad femenina (F. Müller).

Numerosas figuras y fotografías ilustran la mayoría de todos estos interesantes trabajos.

Interesa mucho hacer resaltar que, a pesar de ser un laboratorio de productos farmacéuticos el que se ha encargado de la edición de esta obra, los anuncios (en número de noventa y dos) están colocados de un modo discreto, no perturbando en absoluto la lectura de los trabajos, que pueden conservarse separados sin que constituyan una sobrecarga, más bien favorecen su encuentro. Creemos deben tomar nota muchos laboratorios, que en su tacañería nos ofrecen montones de propaganda a cambio de unos trabajos que llevan más anuncios que ciencia, teniendo que optar por prescindir de ellos, ante la perspectiva de cargar nuestra biblioteca con montones de papel inútil. — J. RIVERA.

DETOXICATIONS MECHANISMS, *por* R. TECWYN WILLIAMS. *Un vol. (14'5 por 23 cm.) de 145 páginas, con 25 láminas y tablas, segunda edición; encuadernación en tela. Precio 6 libras. Chapman & Hall Ltd. 37 Essex Street, W. C. 2. 1959. Londres.*

LA primera edición de esta obra fue publicada en 1947. Desde entonces ha sido muy rápido el incremento de nuestros conocimientos en esta materia de la xeno-bioquímica. Lo que entonces se conocía de la enzimología de los compuestos orgánicos extraños a nuestro organismo era poco. Y tal enzimología es responsable del metabolismo de aquéllos. Por otra parte, a raíz de la última guerra, ha sido notable el aumento en el empleo de cuerpos orgánicos sintéticos como medicamentos, insecticidas, alimentos de adición (incluyendo colorantes), sabores artificiales, antioxidantes, disolventes orgánicos, etc.

Se trata de un campo de estudio ilimitado, en constante y rápida evolución, que prontamente queda anticuado en razón del incesante progreso mundial. Grande ha sido la diferencia entre las dos ediciones de la obra. Debemos prever la próxima como integrada por varios y gruesos volúmenes. Las 796 páginas de esta segunda edición, cuidadosamente revisada y de excelente presentación, encierran un material utilísimo para el estudioso que necesita una base firme para la investigación de un problema concreto en esta rama del saber, antes de perderse en el farragoso y colosal edificio de la bibliografía actual. — V. PÉREZ ARGILÉS.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960

REVISTAS

EXTRANJERAS

ABORTO

BOTELLA LLUSIÁ, J. (Madrid). — «INSUFICIENCIA LUTEÍNICA COMO CAUSA DE MUERTE HABITUAL DEL EMBRIÓN.» «*Monitore ostetrico-ginecologico di Endocrinologia e del Metabolismo*», *vol. XXXI, fasc. 1, págs. 1-12. Modena (Italia).*

REFIERE la experiencia personal sobre la muerte precoz habitual del embrión y el papel que en su producción juega la insuficiente función del cuerpo amarillo.

Para esto fueron estudiadas dos mil parejas estériles, respecto a su función luteínica, empleando no sólo los métodos de rutina en el estudio de la esterilidad, sino también determinaciones de pregnandiol urinario, citología vaginal e histoquímica del endometrio.

Se pudo así demostrar que un 10'8 por ciento de todos los casos presentaban signos de secreción insuficiente del endometrio, atribuibles con toda probabilidad a una insuficiencia del cuerpo amarillo. Si de esta estadística se eliminaban aquellos casos en los que había otra causa segura de esterilidad (que podía ser la causa efectiva), tal como obstrucción tubárica, infertilidad del varón o factores cervicales, nos encontramos con que al menos un 5 por ciento de los matrimonios estériles, lo son por déficit luteínico.

En este mismo material de dos mil estériles, hemos encontrado 38 casos en los que había aborto habitual ignorado como causa de esterilidad y en los que en la biopsia endometrial hallábamos restos de aborto, por lo común de muy poco tiempo.

Doce de estos 36 casos pudieron ser seguidos durante varios ciclos después de nuestro hallazgo, con ayuda de curvas de temperatura, biopsias endometriales, citología y pregnandiol, y se pudo comprobar que todos ellos tenían insuficiencia luteínica.

Se deduce de aquí que la insuficiencia de la fase progestacional del endometrio, originada por un hipoluteinismo, puede ser causa de una defectuosa nidación seguida de un aborto precoz, y casi siempre inaparente, del huevo. — RICARDO HORNO LIRIA.

ALTERACIONES MENSTRUALES

SVEN SVENNERUD. — «DISMENORREA Y ABSENTISMO.» (*Dysmenorrhea and Absenteeism.*) «*Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*», *vol. XXXVIII, suplemento 2, 1959. Luend (Suecia).*

DICE el autor en la introducción que la dismenorrea es uno de los trastornos ginecológicos más frecuentes. Su etiología aún no es bien conocida y el tratamiento no siempre es efectivo. Debido a su reiterada aparición, a cortos intervalos, interfiere considerablemente el trabajo de la mujer, por lo que no solamente comprende problemas ginecológicos, sino también médico-sociales.

A continuación traducimos el resumen:

La presente investigación fue sugerida por la falta de acuerdo en la literatura de la dismenorrea como causa de absentismo.

Se hizo el estudio entregando un cuestionario, entrevista personal y examen ginecológico de 890 mujeres entre los catorce y cuarenta y cuatro años de edad. La mayoría estaban trabajando en varias ramas de la industria (textil, cueros, impresión y publicación, artículos de uso casero). El resto pertenecía a personal de teatro o eran alumnas de un instituto de gimnasia.

Se hicieron las siguientes observaciones:

Se apreció dismenorrea en 30'9 por ciento. En 16'8 por ciento no incapacitó para el trabajo, en 8'3 por ciento incapacitó en ocasiones y en 5'8 por ciento incapacitó todas las veces. En otro 7'4 por ciento la dismenorrea previa había cesado antes del año de la investigación.

Fue más corriente (46'3 por ciento) entre los veinte y veinticuatro años, grupo de edad en el que el dolor incapacitaba, en ocasiones en el 15 por ciento, y continuamente en el 8'9 por ciento. Después de los veinticinco años la frecuencia de la dismenorrea decreció rápidamente, y más rápidamente entre las casadas.

En un 11 por ciento la dismenorrea era secundaria a alteraciones de órganos pelvianos.

La frecuencia de la dismenorrea no estuvo influída por factores ambientales, emocionales o mentales, sino que fue la misma en ocupaciones tan ampliamente diferentes como obreras, artistas y gimnastas.

Desapareció frecuentemente después del embarazo, independientemente del estado civil y del resultado de la gestación.

Las obreras faltaron al trabajo en un promedio de 28'8 días por año, las oficinistas 10'6. Las ausencias por dismenorrea fueron, respectivamente, de 1'1 y 0'3 días.

Las ausencias totales, incluyendo las debidas a enfermedad, variaron hasta cierto punto con la edad, pero en mucha mayor amplitud con el estado civil, las casadas faltaron al trabajo unos diez días más por año que las solteras.

La falta al trabajo por dismenorrea fue 3'7 por ciento del total en las obreras y 2'5 por ciento en las oficinistas, y no fue mucho mayor que las faltas sin permiso.

La falta por dismenorrea varió con la edad y estado civil, siendo más alta en las edades más bajas y entre las casadas. Después de los veinticinco años decreció rápidamente, y pasados los treinta y cinco fue inferior al 2 por ciento de todas las ausencias.

No se encontró diferencia entre dismenorréicas, no dismenorréicas y anteriores (pero que no lo eran) dismenorréicas con respecto a faltas por razones diferentes a la dismenorrea.

Tampoco hubo diferencia entre dismenorréicas y no dismenorréicas con respecto a la duración del empleo en la misma compañía, capacidad de trabajo y promedio de sueldo. — J. RIVERA.

CÁNCER GENITAL

HOUEL, E., y otros (Argel). — «LA COLPOMICROSCOPIA.» (*La colpo-microscopie.*) «*Revue Française de Ginécologie et d'Obstétrique*», *pág. 787-803, núm. 12, diciembre 1959. París.*

LOS autores hacen historia del procedimiento y señalan su finalidad. Describen las imágenes más frecuentemente encontradas, reproduciéndolas en imágenes coloreadas.

Refiriéndose al valor práctico del método distinguen un aspecto cualitativo y otro cuantitativo. Respecto al primero concluyen que la correspondencia entre la estimación colposcópica y el examen histológico, teniendo en cuenta las posibilidades del método, ha sido siempre completa. Respecto al segundo, dicen que a la diversidad de la morfología y estática cervicales, a la variada topografía de las displasias, sólo pueden oponer un instrumento de una cierta servidumbre y limitaciones de empleo; por otra parte, algunos estados patológicos, tales como ulceraciones verdaderas, necrosis, cánceres confirmados, no corresponden a ninguna imagen de valor.

Es preciso progresar metódicamente, explorar la totalidad de la zona sospechosa y sus contornos, sobre todo es preciso rechazar las imágenes cuya cualidad sea insuficiente por cualquier razón y fijar su emplazamiento preciso para hacer allí una toma y estudio histológico.

Rodeándose de todas estas garantías, la microscopia es, creen los autores, una exploración valiosa, susceptible siempre de proporcionar informes útiles, sobre todo en el diagnóstico de las displasias intraepiteliales del cuello uterino.

Finalmente, en relación con la citología, dicen que la colpomicroscopia es susceptible de permitir grandes progresos y aportar una verdadera contribución al mejor conocimiento de los estados patológicos del revestimiento epitelial del cuello del útero. — J. RIVERA.

VASQUEZ FERRO, E. C. — «LA BIOPSIA SELECTIVA DEL CUELLO UTERINO.» «*La Semana Médica*», *págs. 741-748, tomo 115, número 19, noviembre 1959. Buenos Aires.*

DESPUÉS de unas consideraciones referentes a la necesidad de hacer una biopsia en perfectas condiciones, afirma que utilizando la colposcopia es posible disminuir el número de biopsias inútiles y el riesgo de biopsiar un área sana en presencia de un carcinoma.

Trata después de la localización del área a biopsiar. Referente a la extensión dice que debe contener el máximo de la zona sospechosa, a ser posible con tejido sano circundante, y en profundidad una buena parte del estroma.

Describe luego el instrumental y métodos, considerando la biopsia selectiva, la conización y amputación del cuello, y a continuación expone su proceder, finalizando con un capítulo dedicado a complicaciones y cuidados después de la biopsia. — J. RIVERA.

WESPI, H. J. — «COLPOFOTOGRAFÍA.» (*La Colpophotographie.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *pág. 1-24, número 1, enero 1960. París.*

EL que practica la colposcopia siente la necesidad de fijar las observaciones, y el medio más simple y objetivo para ello es la fotografía.

Pero se tropezaba con el inconveniente del movimiento y la oscuridad del lugar, dificultades que han sido resueltas con el flash electrónico.

El autor describe los principios en que se funda el aparato empleado, los problemas generales y técnicos de la colpofotografía, y trata de demostrar con algunas láminas el valor y posibilidades de esta técnica.

Cree que la separación de los aparatos de colposcopia y colpofotografía no tiene ningún inconveniente.

La colposcopia no se limita al diagnóstico de alteraciones del cuello uterino. El ginecólogo puede emplearla con gran provecho para la observación de afecciones de vagina, ano y vulva. También el colpógrafo puede utilizarse en dermatología, estomatología y oftalmología.

Treinta y tres figuras acompañan este interesante trabajo. — J. RIVERA.

GORGA, P. — «PROFILAXIS DEL CARCINOMA CERVICAL UTERINO.» (*Prevençao do carcinoma cervical uterino.*) «*Anais da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo*», *páginas 191-196, vol. VI, 1954-58. Brasil.*

EL autor concluye que en el diagnóstico y profilaxis del cáncer de cuello uterino:

1.º La colposcopia, como orientadora del lugar de la biopsia, es de un valor insustituible.

2.º La colposcopia permite hacer el diagnóstico diferencia entre lesión cervical sospechosa de atipia y proceso inflamatorio.

3.º El buen éxito en la campaña de profilaxis del carcinoma cervical depende del examen de rutina sistemático y periódico en mujeres aparentemente sanas.

4.º Se debe instituir una cartilla de salud ginecológica.

5.º Aconsejar a toda mujer que haga vida sexual activa, aun sin notar ningún síntoma, que se someta al examen especializado para recibir su cartilla de salud ginecológica.

6.º Crear centros adecuados para examinar diariamente gran número de mujeres.

7.º Control directo por un órgano central y uniformidad en los métodos a realizar.

8.º Realizar cursos intensivos para médicos y enfermeras, lo que permitiría la formación de equipos especializados que se distribuirían en los distintos centros. — J. RIVERA.

CESÁREA

MATEU-ARAGONÉS, J. M. (Barcelona). — «EL PAPEL DE LA CESÁREA EN LA ETIOLOGÍA DE LAS ENCELOPATÍAS CONNATALES.» «*Acta Gynecologica et Obstetrica hispano-lusitana*», *vol. IX, fasc. 1, págs. 48-56. Porto (Portugal), 1960.*

LAS encefalopatías connatales dependen de una alteración del parénquima nervioso, casi siempre en relación con el sufrimiento durante el parto, causante de un estado de anoxia.

Para evitar el daño fetal, es esencial una correcta asistencia al parto, vigilando cuidadosamente la aparición de los primeros signos de sufrimiento fetal. Hay que procurar que el feto nazca en buenas condiciones, para lo cual no se esperará que haya un sufrimiento fetal demasiado grave para intervenir, siendo aconsejable administrar oxígeno a la madre antes y durante la intervención.

El feto, aun el nacido por cesárea, tiene una gran vulnerabilidad, que reconoce principalmente como causas la anoxia fetal y las lesiones intracraneales, jugando también importante papel la prematuridad y la atelectasia pulmonar.

La profilaxia de las lesiones fetales en la cesárea puede resumirse en los siguientes puntos: procurar la salida lenta del líquido amniótico al abrir el útero para evitar una brusca descomprensión; permitir que la sangre placentaria pase al niño, para lo cual después de extraído, se le colocará a un nivel más bajo con objeto de que esta sangre de la placenta se incorpore a la circulación fetal; succión general de la orofaringe y conductos nasales, con aspiración laringoscópica intratraqueal si fuera preciso y aspiración también del contenido gástrico.

Oxigenación continua simple o a hiperpresión, mediante un aparato apropiado. Administración de cafeína, largactil, o de la asociación cortisona-ACTH, así como de vitamina K, si fuera preciso; si hay lesiones craneales se impone la necesidad de administrar depresores neuropléjicos que modifiquen la disnea y polipnea. Conviene colocar al niño en una incubadora y en posición de Trendelenburg de unos 15º.

Esta metódica permitirá salvar un mayor número de recién nacidos y evitar los casos de lesiones cerebrales, que lastran todavía hoy nuestras estadísticas. — RICARDO HORNO LIRIA.

CIRUGÍA DE LA TROMPA

BRET, A. J., y LEGROS, R. (París). — «ACERCA DE LA SALPINGUECTOMÍA. PATOLOGÍA DE LOS MUÑONES DE LA TROMPA.» (*Sur la salpinguectomie. La pathologie des moignons de trompe.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *pág. 51-59, núm. 1, enero 1960. París.*

LAS salpinguectomías parciales, entendiendo por tales las que dejan un fragmento de trompa libre o no quitan la porción intramural de la misma, tienen como consecuencia frecuente el desarrollo a nivel de muñón tubárico de alteraciones patológicas que se traducen por dolor, cuya permanencia e intensidad conducen, a menudo, a una reintervención.

En el estudio clínico hacen observar que no es indispensable que la trompa sea patológica en el momento de su extirpación para llegar a ser dolorosa, puesto que han observado tales fenómenos después de ligaduras en el curso de cesáreas. Hay un intervalo libre de molestias de tres a cuatro años, primero el dolor es esporádico para hacerse continuo. La palpación lo localiza sobre el pubis, a tres o cuatro centímetros de la línea media, y el tacto vaginal combinado lo provoca exquisitamente a nivel del cuerpo uterino del lado donde se ha practicado la salpinguectomía. La histerosalpingografía es un complemento indispensable. Nunca han encontrado una remisión espontánea de esta sintomatología, y su resistencia a los tratamientos hormonales es total.

En la patogenia consideran la invasión del muñón por el endometrio y el factor vascular.

Las consideraciones clínicas y anatomopatológicas les han conducido, cualquiera que sea la indicación operatoria, aparezca o no normal la trompa, esté la mujer embarazada o no, a una técnica de salpinguectomía total que extirpa obligatoriamente la porción intramural. Incisión en forma de cuarto de naranja, resección de todo el espesor del miometrio, se debe ver aparecer la mucosa uterina en el fondo, teniendo cuidado con este tiempo en caso de embarazo (que no contraindica). Punto en U que entra y sale a uno y medio centímetros de los labios de la incisión, en profundidad deberá afrontar los dos labios de la mucosa, pasando el hilo a ras de ella. La sutura uterina se completa por una costura a punto seromuscular fuera del embarazo y por dos planos en el curso del mismo. Esta técnica de salpinguectomía total quita la trompa de comienzo, desde el primer momento, en toda su longitud, comprendida la porción intersticial, y es la única, en opinión de los autores, que puede evitar reintervenciones por fenómenos dolorosos debidos a salpingosis. — J. RIVERA.

CIRUGÍA DEL ÚTERO

MATHIEU, J., y DUPARC, J. (Lyon). — «LA OPERACIÓN DE STRASSMANN EN LA CIRUGÍA DE LAS MALFORMACIONES UTERINAS.» (*L'opération de Strassmann dans la chirurgie des malformations utérines.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 9-10, págs. 615-638, septiembre-octubre 1959. París.*

DESCRIBEN los autores la primitiva técnica de la operación de Strassmann. A continuación exponen su modificación: 1.º No incisión fúndica del útero, sino más anterior y extendiéndose de la incisión de un ligamento redondo a la del otro. 2.º Dilatación retrógrada de los dos úteros por los tallos de Hegar. 3.º Fácil sutura de la brecha uterina sin riesgo de obliterar las trompas. Estas modificaciones les han permitido obtener buenos resultados en los ocho casos por ellos intervenidos y abogan por un empleo más frecuente de esta operación.

Citan los casos en que esta intervención puede emplearse. Distinguen los casos ginecológicos de los obstétricos, exponiendo cuatro de los primeros. En los obstétricos distinguen: esterilidad, abortos de repetición y partos prematuros, presentaciones viciosas y trastornos de regla de tipo menorrágico.

Finalmente, concluyen: 1.º Es una operación fácil, fiel en sus resultados. 2.º Puede hacerse fuera de toda preocupación obstétrica en el curso de una intervención por dismenorrea. 3.º Su papel esencial es corregir los úteros tabicados responsables de abortos de repetición. 4.º No debe modificar las indicaciones en los úteros que sangran, y la supresión del tabique intrauterino es incapaz de conseguir la curación de las pérdidas anormales. — J. RIVERA.

EMBARAZO

FOIX, A., y otros. «ACCIÓN DE LA METILNORTESTOSTERONA EN EL EMBARAZO Y EN LA AMENAZA DE ABORTO.» «*La Semana Médica*», *págs. 351-355, tomo 114, núm. 12, marzo 1959. Buenos Aires.*

LOS autores hacen historia del descubrimiento y empleo de este noresteroide.

Estudian la acción de este preparado en dos grupos de enfermas: 1.º En diez embarazadas con antecedentes de uno o más abortos espontáneos, en las que estudian la citología vaginal, y cuando las células se presentan aisladas y el índice de células acidófilas cariopicnóticas sobrepasa el 20 por ciento, empiezan la administración de metilnortestosterona, 2-5 miligramos por día, repitiendo a los cuatro días el extendido vaginal y actuando en consecuencia.

2.º En veintiún enfermas con amenaza de aborto, con dolor, metrorragia o ambos síntomas, emplean 15 miligramos diarios hasta cesar la sintomatología, continuando luego con dosis menores hasta regularizar los extendidos vaginales.

En el primer grupo observan un aborto a los cinco meses, aborto que atribuyen a una probable torsión del cordón umbilical, seis continúan embarazadas y evolucionando normalmente, dos terminan con parto normal y feto vivo sin anomalías y en una suspenden la medicación por intolerancia.

En el segundo grupo observan ocho abortos, diez continúan embarazadas, un emba-

razo a término con feto vivo y sin anomalías y en dos ignoran el resultado.

Del total de ambos grupos observan: catorce con buena tolerancia al medicamento. En trece aparece edema del labio superior y nariz, y a veces en párpados. Excitabilidad vasomotriz en un caso. En otro, temblor, edema y cefalea; en otro, edema y cefalea, y en otro, cambio de voz, discreta androtricosis suprapubiana sin hipertrofia del clítoris.

La acción del medicamento es puramente sustitutiva, pues cuando se reduce la dosis o se suprime por intolerancia, inmediatamente se altera la citología vaginal, por eso se debe administrar la menor dosis necesaria y por tiempo prolongado.

Creen debidos los síntomas de intolerancia a la administración por vía gástrica, por lo que actualmente aconseja la vía sublingual. — J. RIVERA.

ENDOMETRIO

ONORATI, C. L., y otros. — «ENDOMETRIOSIS PRIMITIVA DEL CUELLO UTERINO.» *«La Semana Médica», págs. 589-591, tomo 114, núm. 19, mayo de 1959. Buenos Aires.*

Es afección rara, pero importante, por la posibilidad de confusión con el cáncer. Se encuentra en mujeres de treinta a cuarenta años, y puede asentar en uno u otro labio de cuello del útero. Señalan las condiciones precisas para considerar primitiva la endometriosis de esta localización. Parece ser indispensable para su presentación la existencia de una predisposición y un traumatismo.

Describen el aspecto macroscópico, pero sólo la biopsia permitirá el diagnóstico al señalar la presencia del tejido endometriósico. No suele dar síntomas.

El tratamiento consiste en la cauterización o en la escisión quirúrgica.

Describen un caso observado por ellos. — J. RIVERA.

ESTERILIDAD

BRET, A. J., y otros (París). — «CORTISONA Y DERIVADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD.» *(Cortisone et dérivés dans le traitement de la stérilité.) «Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique», páginas 805-823. núm. 12, diciembre 1959. París.*

La cortisona y sus derivados parecen haber adquirido un lugar de elección en la profilaxis y tratamiento de cierto número de casos de esterilidad femenina.

Esterilidad por hiperandrogenia: 1.º Hiperandrogenia, aislada en ella la cortisona produciría un descenso de secreción de ACTH que, por acción compensadora de mecanismo desconocido, aumentaría la producción de gonadotropina hipofisaria. 2.º Hiperandrogenia asociada a insuficiencia lútea: responde bastante bien. 3.º Hiperandrogenia asociada a trastornos metabólicos.

Esterilidad por trastornos del receptor endometrial. Corión fibroso. El modo de acción sería difícil de precisar: potenciación de la progesterona, desencadenamiento de la ovulación por aumento de las gonadotropinas, antiflogístico sobre la fibrosis del corión...

Esterilidad por intervenciones plásticas sobre útero y trompas: a) Corticoterapia postoperatoria en cirugía útero-tubárica: 1.º sinequias uterinas, 2.º a continuación de histeroplastias o intervenciones conservadoras tubáricas, 3.º a seguida de embarazo extrauterino. b) Corticoterapia en infecciones pelvianas agudas y subagudas, incluso en tuberculosis. c) Corticoterapia en las obliteraciones tubáricas residuales.

Los autores exponen casos demostrativos en cada tipo con excelentes resultados.

En el resumen de su trabajo dicen: «En todos los casos, en la mujer joven con ilusión de futura maternidad, la corticoterapia merece considerarse antes de recurrir a la sanción quirúrgica demasiadas veces terminante. La reciente aparición de derivados con acción notable para dosis menores que anteriormente, y poniendo en práctica las enfermas a salvo de incidentes señalados al principio del empleo de la cortisona, deja entrever posibilidades terapéuticas más amplias y quizá también más eficaces. — J. RIVERA.

MÜLLER, F. — «CIRUGÍA TUBÁRICA EN LA ESTERILIDAD FEMENINA.» *(A Cirurgia tubária na esterilidade feminina.) «Anais da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo», páginas 583-609, vol. VI, 1954-58. Brasil.*

En esta conferencia, pronunciada el día 5 de septiembre de 1956, en los II Jornadas de actualización en cirugía del American College of Surgeons, Capítulo de S. Paulo, el autor revisa las obstrucciones distales, proximales e intermedias, el tratamiento postoperatorio y la cirugía de la esterilidad con exclusión de la trompa, y termina afirmando que

«La mayor experiencia, los modernos antibióticos, la tenacidad y persistencia en el tratamiento postoperatorio, el perfeccionamiento de las técnicas de insuflación tubárica y, finalmente, el polietileno han contribuído mucho a los progresos realizados. No hay que olvidar el criterio de autoperfeccionamiento de los cirujanos que hacen tales intervenciones. Tiene razón Weinstein cuando exige que tal cirugía sea ejecutada por operador experimentado y especializado, y no por el operador ocasional. Sin embargo, la cirugía plástica de las trompas no es cosa tan exclusiva y todo cirujano que respete los postulados básicos consagrados por la experiencia, tendrá su margen de éxitos en esta terapéutica ingrata e incierta. El resultado funcional final depende más de otros factores que del operador y de su técnica, aunque muchos fracasos sean imputables a la conducta no bien orientada en el momento oportuno.» — J. RIVERA

MÜLLER, F. — «EL FACTOR CERVICAL EN LA ESTERILIDAD FEMENINA.» *(O fator cervical na esterilidade feminina.) «Anais da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo», páginas 527-543, vol. VI, 1954-58. Brasil.*

Describe las alteraciones morfológicas y la posición anatomo-funcional del cérvix. Estudia la investigación práctica del factor cervical en la esterilidad femenina y trata de la orientación terapéutica observando que debe hacerse una investigación completa de la pareja a fin de tener un criterio exacto acerca del índice de fertilidad de cada uno de los cónyuges.

Dice que las anomalías anatómicas son, en su mayoría, susceptibles de tratamiento quirúrgico. Critica los métodos dilatadores y las plastias correctoras. Dice que todos los procedimientos terapéuticos que destruyen el aparato glandular del endocérvix deben ser proscritos en mujeres deseosas de tener hijos, especialmente la amputación y la conización del cuello uterino.

Se ocupa después del tratamiento de las inflamaciones cervicales por los antibióticos. J. RIVERA.

WOLFF NETTO, A. — «FACTORES PSICOSOMÁTICOS DE LA ESTERILIDAD.» *(Fatores psicosomáticos da esterilidade.) «Anais da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo», páginas 103-121, vol. VI, 1954-58. Brasil.*

Después de unas generalidades estudia el sistema nervioso y su influencia en las funciones de reproducción, los factores psicosomáticos con el mecanismo de la esterilidad psicógena, distinguiendo alteraciones vasculares, perturbaciones de la ovulación, espasmo tubárico, motilidad uterina irregular, alteraciones de las propiedades físico-químicas de las secreciones.

Luego expone los distintos tipos de la personalidad relacionados con la esterilidad psicógena, citando la clasificación de Fischer. Considera también el factor masculino de gran interés.

Finalmente, estudia el tratamiento, distinguiendo el profiláctico (que ha de empezar en la pubertad) y el curativo, considerando base fundamental de éste el provocar la relajación de las tensiones emocionales y el mejor tratamiento el psicoterápico, llevado a cabo por un médico que se manifieste siempre optimista con la paciente respecto a su caso. — J. RIVERA.

LEUCORREA

HAYDEE V. DE ADDUCCI y GRATO E. BUR. — «RESULTADOS ALENTADORES DEL TRATAMIENTO DEL FLUJO GENITAL CON JALEAS HIDROSOLUBLES CON BUFFER A pH ÁCIDO.» *«La Semana Médica», págs. 1.136-1.139, tomo 113, núm. 25, diciembre de 1959. Buenos Aires.*

Los autores encuentran dos dificultades con el empleo de óvulos o comprimidos vaginales: 1.ª que no siempre se introducen correctamente hasta el fondo de saco vaginal posterior, y 2.ª que los excipientes no siempre consiguen una mezcla perfecta con el contenido vaginal.

Tratando de obviar eston inconvenientes, emplean una jalea de fórmula: Sulfato de oxiquinolina, 0'0250 gr.; ácido bórico, 3'0000 gr.; ácido acético, 0'9210 gr.; hidróxido de potasio, 0'0264 gr.; parahidroxibenzoato de propilo, 0'0500 gr.; jabón de aceite de ricino, 1'7500 gr.; excipiente c. s. p., 100 gramos. Jalea que es introducida, mediante una cánula, por la enferma, en cantidad de 4 c. c., dos veces al día.

Encuentran una acción rápida sobre la desaparición del flujo, actividad tanto contra hongos como contra tricomonas. Resultados inmediatos muy alentadores, pero consideran necesario seguir el estudio para ver su efecto lejano. — J. RIVERA.

MAMA

KURT AHRÉN. — «ESTUDIOS SOBRE FACTORES HORMONALES Y NUTRITIVOS EN RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS DE LA RATA.» *(Studies on hormonal and nutritional factors concerned in the development of the mammary glands of the rat.) Lund (Suecia).*

Se trata de un estudio monográfico de veintiocho páginas, acompañado de: 1.º Una comunicación sobre «Desarrollo de la glándula mamaria en ratas hipofisectomizadas inyectadas con hormonas de la hipófisis anterior y testosterona», con trece páginas y dieciocho figuras. 2.º Otra comunicación sobre

«Efecto de la restricción dietética sobre el desarrollo de la glándula mamaria producido por hormonas ováricas en la rata», con diecisite páginas, dos tablas y diecinueve figuras.

A continuación traducimos el resumen y conclusiones del trabajo principal.

Las siguientes observaciones hechas en la presente investigación parecen proporcionar respuesta a las tres principales cuestiones expuestas al principio del estudio.

1) En ratas hipofisectomizadas inyectadas con insulina de acción lenta, las hormonas ováricas estimularon un crecimiento limitado del sistema de conductos mamarios y un ligero desarrollo de los alveolos. El tipo de desarrollo de la glándula mamaria producido por las hormonas ováricas fue el mismo en las ratas hipofisectomizadas inyectadas con insulina que en las ratas con hipófisis intacta. El grado de desarrollo de la glándula mamaria producido por las hormonas ováricas fue, sin embargo, mucho más pequeño en las ratas hipofisectomizadas inyectadas con insulina que en las ratas con glándula pituitaria intacta.

2) En las glándulas mamarias de ratas con hipófisis intacta, la testosterona produjo un amplio desarrollo de los alveolos. En las mamas de ratas hipofisectomizadas la testosterona produjo un espesamiento y dilatación del sistema de conductos, pero no estimuló el desarrollo alveolar. El tratamiento de ratas hipofisectomizadas con testosterona e insulina de acción lenta no provocó un mayor desarrollo mamario al producido por testosterona sola. Estos resultados muestran que la insulina, a la dosis usada en el presente estudio, no puede hacer responder a la glándula mamaria de la rata a la acción de la testosterona en ausencia de las hormonas de la porción anterior de la hipófisis.

3) La alimentación forzada de ratas hipofisectomizadas con grandes cantidades de alimento causó un marcado aumento del peso del cuerpo, pero no produjo incremento en longitud. La administración de dosis crecientes de insulina de acción lenta no tuvo efectos adicionales en el peso o longitud del cuerpo de estas ratas hipofisectomizadas y sometidas a alimentación forzada, confirmando así el punto de vista de que la insulina actúa como un estimulante del crecimiento en ratas hipofisectomizadas solamente incrementando su ración de alimento.

En las ratas hipofisectomizadas y sometidas a alimentación forzada inyectadas con insulina las hormonas ováricas, no estimularon el desarrollo glandular mamario. Sin embargo, en las ratas hipofisectomizadas y sometidas a alimentación forzada inyectadas con insulina de acción lenta, las hormonas ováricas estimularon un claro crecimiento y desarrollo de las glándulas mamarias. Esto muestra que la acción estimulante ejercida por la insulina en la respuesta de las glándulas mamarias a las hormonas ováricas en ratas hipofisectomizadas no puede explicarse como debida solamente a un incremento en la ración alimenticia. — J. RIVERA.

EDITORIAL. — «SECRECIÓN LÁCTEA AGRAVÍDICA.» *«La Semana Médica», págs. 95-96, tomo 114, núm. 3, 15 de enero de 1959. Buenos Aires.*

CIPRIANIL («Riv. di Biologia», 1928, 10), en sus relatos de antropología, describe la secreción láctea agravídica o serotina de Bartels, cuyas comunicaciones fueron aportadas por Franchini, T. al IV Congreso Nacional de Nipiología de Trieste, en 1935, y al de Florencia, en 1937.

Scarpa, A. («Minerva Médica», 1958, 49, 3.686), aporta nuevos casos y hace especiales consideraciones al referirse a la secreción láctea agravídica o serotina de las tribus primitivas del Africa del Norte.

Entre sus casos cita a una abuela de 65 a 70 años, que amamantó a su nieto como consecuencia de quedar huérfano. La secreción láctea le apareció a los pocos días de succión por parte del bebé, ingiriendo además algunas infusiones galactagogas, como ser las hojas de «Odo» (Terminalia macroptera Trill. o Perr.) y de «Ducumé» (Annona senegalensis Per.).

Otra mujer nulípara, de unos 40 años, logró amamantar a su nieto que perdió a su madre. Otro caso es el de una mujer de 45 años, que logró dicho objeto interesadamente, amamantando a un bebé, cuyo padre, al quedar viudo, le hizo un contrato dotal. A los dieciocho días de hacerse succionar el pezón e ingerir infusiones de ciertas hierbas de Facazea Barteri Baill., logró una regular secreción láctea, suficiente para alimentar al bebé. Describe, por último, que una mujer de 47 años logró nutrir a un bebé huérfano, después de un mes de succión.

Digamos, como lo afirma Scarpa, que la secreción láctea en indígenas humanos se produce como consecuencia de la estimulación prolongada del pezón y el deseo de la mujer de amamantar al niño, ya sea por instinto materno, por humanidad o interés. De este modo se estimula al sistema neurohipofisario a través del pezón, provocando la secreción láctea de las glándulas mamarias.

A esta causa nerviosa refleja y psíquica directa, se agregan la ingestión de infusiones con probable actividad estimulante de la secreción láctea o la práctica de creencias religiosas o fetichismo.

Una leyenda popular calabresa recuerda el milagro de una abuela que, a los 90 años de edad, hereda un nieto al morir su hija y entonces, al invocar a San Francisco de Paúl por la protección de su nieto, prontamente sus senos se ponen turgentes, logrando salvar al bebé.

Las tribus de Guinea practican un extraño fetichismo denominado «Iebe», y que consiste en pintar y vestir como un bebé la tibia de una vaca, haciéndoles caricias, besándolo y llevándolo en el dorso como a un niño, para implorarle le dé hijos en caso de esterilidad o leche en circunstancias de agalactia. El bebé que nace en estas circunstancias llevará el nombre de fetiche, es decir, «Iebe».

Estos ejemplos señalan la extraordinaria fuerza psíquica, el más potente propulsor del actuar humano, en especial en aquellas circunstancias que se tiene fe en Dios Nuestro Señor y se le implora, como dice Carrell, en sus estado de oración, haciendo un gran acto de abstracción psíquica, hasta llegar al milagro imponderable de la ciencia a través de procedimientos métricos, pero cuya existencia la humanidad no puede negar.

La entidad humana, en su complejidad psicosomática adecuada al ambiente en que se halla en forma de totalidad, está muy lejos de desentrañarla en sus integrantes, como lo prefieren las ciencias biológicas.

Como refiere Carrel, en su «Man, the Unknown», estamos lejos de conocer las relaciones que existen entre el esqueleto, los músculos y los órganos, y las actividades mentales y espirituales.

BOBBIO, A., y otros. — «RÖNTGENOTERAPIA COMO COMPLEMENTO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SOBRE ÓRGANOS ENDOCRINOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEOPLASIAS HORMONODEPENDIENTES.» *(Roentgentherapy as a complement to endocrine surgical interventions in the treatment of hormone-dependent neoplasms.) «Panminerva Médica», págs. 114-119, vol 1, núm. 3-4, julio-agosto, 1959. Turín.*

LOS modernos métodos terapéuticos (gonadoadrenalectomía bilateral e hipofisectomía) han encontrado una amplia aplicación en el tratamiento paliativo de las neoplasias de mama y próstata. En el curso de los dos últimos años los autores trataron cuarenta pacientes parcialmente con gonadoadrenalectomía bilateral y parcialmente por el método de destrucción radiológica por implantación de la hipófisis con Y^{90}.

Estos tratamientos están principalmente indicados en tumores en avanzado estado con recidiva local y amplias metástasis, no respondiendo ya a los tratamientos clásicos.

Los autores hacen experiencias en ratas y ratones, exponiendo los resultados obtenidos: retardo de la evolución del tumor.

Basándose en esos resultados, en cuatro pacientes con recidiva local y uno con asiento contralateral de cáncer de mama que no respondían a ningún tratamiento, en tres hacen suprarrenalectomía y en dos destruyen radiológicamente la hipófisis por implantación de Y^{90}. Encuentran inhibición del desarrollo del tumor, y las células tumorales responden nuevamente a la irradiación.

En conclusión, pueden decir que la röntgenoterapia, después de intervención quirúrgica endocrina, puede ser útilmente adoptada en tumores que dependen de hormonas para acelerar el proceso de regresión de las lesiones neoplásicas iniciado por la operación, mientras que no se observan favorables resultados en los casos que no se benefician por la suprarrenalectomía o hipofisectomía.

Creen que sus investigaciones necesitan proseguirse. — J. RIVERA.

OVARIO

SILVA CARVALHO, JOAS DA (Porto). — «CRISTALIZACIÓN DEL MOCO CERVICAL EN LAS HISTERECTOMIZADAS CON CONSERVACIÓN DE LOS ANEXOS.» *(A cristalizaçao do muco cervical nas histerectomizadas con conservaçao dos anexos.) «Acta Gynaecologica et Obstetrica hispano-lusitana», vol. IX, facs. 1, páginas 37-44. Porto (Portugal), 1960.*

LA conservación ovárica en las histerectomías ha sido objeto de controvertidas polémicas, pues mientras para los más repugna la extirpación de órganos sanos provocando síntomas de carencia funcional, otros prefieren llevar a cabo su ablación por considerarlos condenados a una corta supervivencia después del acto quirúrgico.

Con objeto de observar si esta supervivencia se mantenía, se han utilizado distintas técnicas de exploración funcional, y de ellas el autor ha estudiado en 14 histerectomizadas con conservación total o parcial del ovario, los efectos de la cristalización del moco cervical como medio de demostrar la permanencia de una actividad ovárica normal.

De la totalidad de los casos observados (14), en 11 se apreciaron, con toda claridad y evidencia, las modificaciones propias de una actividad ovárica normal. En los restantes no pudo observarse ninguna señal de cristalización. Solamente en dos casos de los primeramente mencionados se registró una cristalización grosera y de pequeña intensidad.

La fijación de los ligamentos redondos y de los parametrios al cuelo uterino, en nada perjudica el funcionamiento ovárico ni impide su vascularización. — RICARDO HORNO LIRIA.

OPERACIONES GINECOLÓGICAS

AZEVEDO, J. R. — «CONDUCTA TERAPÉUTICA EN LAS LESIONES QUIRÚRGICAS DEL URÉTER EN GINECOLOGÍA.» (*Conducta terapêutica nas lesoes cirúrgicas do uréter em Ginecologia.*) «*Anais da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo*», *página 255-292, vol. VI, 1954-58. Brasil.*

Después de unas nociones de anatomía estudia la incidencia, causas, lugar de las lesiones, patogenia y tipos de lesión, profilaxis, diagnóstico y tratamiento.

Distingue las lesiones reconocidas en el acto operatorio de las que se aprecian en el postoperatorio o más tardíamente. En el primer caso analiza los diferentes tipos de lesión y la conducta a seguir en cada uno: ligadura, distorsión, sección completa (en cuyo caso hace implantación en vejiga, anastomosis término-terminal, trans-urétero-ureterostomía, ureterosigmoidostomía o ureterostomía cutánea), sección parcial, aplastamiento y resección de un segmento del uréter.

En el segundo caso analiza la lesión unilateral, distinguiendo cuando aún no se ha formado fístula ureteral de cuando se ha formado, la lesión bilateral y los casos en que se evidencia tardíamente una estenosis ureteral.

Expone después seis casos con los resultados obtenidos.

Acompañan al trabajo diecisiete imágenes radiográficas, correspondientes a los casos expuestos, y cuatro figuras explicativas de la implantación de uréter en vejiga. — J. RIVERA.

OPERACIONES OBSTÉTRICAS

NOTTER, A. (Lyon). — «PORVENIR OBSTÉTRICO DE LAS MUJERES ANTERIORMENTE CESAREADAS.» (*Avenir obstétrical des femmes antérieurement césarisées.*) «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *páginas 825-840, núm. 12, diciembre 1959. París.*

Siendo la frecuencia de cesáreas del dos al tres por ciento de los partos, la cuestión del porvenir obstétrico de las mujeres portadoras de un útero con cicatriz de cesárea es cada vez más actual y suscita múltiples problemas.

El autor hace unas consideraciones fisiopatogénicas con un estudio histológico de la cicatriz y de las causas de las diferentes variedades de cicatrices.

En las consecuencias clínicas obstétricas se ocupa de la esterilidad, aborto, embarazo extrauterino y parto prematuro, y de la dehiscencia de la cicatriz durante el embarazo y el parto.

Trata después de los elementos de pronóstico ante una paciente anteriormente cesareada y del pronóstico fetal.

Más tarde se ocupa de la conducta a seguir durante el embarazo (advertir a la paciente y aconsejarla su proximidad e ingreso en un centro especializado) y al comienzo del parto: Rechazar toda idea de desencadenamiento del parto por medios mecánicos. Vigilancia en lugar altamente especializado. Diagnóstico precoz de la dehiscencia de la cicatriz. No emplear nunca ocitócicos fuertes. No hacer expresión de útero. Si el alumbramiento se retrasa, hacerlo artificial, puesto que hay que hacer una revisión uterina cuidadosa. Esterilización después de la tercera cesárea y según el aspecto de la cicatriz.

Termina afirmando que la técnica de la cesárea baja debe llevar consigo siempre una peritonización muy cuidadosa. Es necesario prevenir la infección sistemáticamente para evitar toda esclerosis cicatrizal. Puede decirse que en la minuciosidad de la primera cesárea reside el secreto del porvenir obstétrico de la mujer cesareada. — J. RIVERA.

PARTO

RENDLE-SHORT, J. (Sheffield).—«EL PRONÓSTICO FETAL CUANDO LAS MADRES TIENEN CUARENTA AÑOS O MÁS.» «*The Journal of Obstetrics and Gynecology of The British Empire*», *vol. LXIV, número 4, agosto 1959. Londres.*

Es un hecho actualmente admitido que la edad de la madre aumenta los peligros que han de correr sus fetos, pero existen pocos datos numéricos en que basar exactamente este peligro.

Con este fin se ha llevado a cabo una encuesta en el «Jessop Hospital for Women», basada en los niños nacidos de madres con cuarenta o más años. Estos niños fueron controlados durante un tiempo variable entre los diez días hasta un año.

De las 8.646 madres admitidas en este hospital, 255 tenían cuarenta o más años. Siete, de los 255 niños murieron al nacer, lo que da una tasa de mortalidad del 27'4 por mil, en tanto que la tasa observada en los niños nacidos de madres con edad inferior a los cuarenta años fue alrededor del 23 por mil.

Los siete niños fallecidos, lo fueron por causa de las siguientes afecciones: cardiopatía congénita, anomalías congénitas múltiples, incompatibilidad Rh, placenta previa, mongolismo con malformaciones cardíacas congénitas, finalmente otros dos niños, cuyas madres habían tenido una toxemia preeclámptica, no pudieron sobrevivir a su prematuro nacimiento.

El problema que se plantea es el de saber si las anomalías congénitas importantes son más frecuentes o no, en los niños nacidos de madres de más de cuarenta años. La experiencia de este Hospital es demasiado limitada para poder deducir conclusiones definitivas. Hay que señalar, sin embargo, que entre estos niños hubo tres mongolismos, dos casos de hendidura palatina y labio leporino, un caso de malformación cardíaca congénita, otro de espina bífida y otro con malformaciones múltiples.

No es tampoco imposible que algunas otras malformaciones, una hidrocefalia, por ejemplo, se hayan desarrollado cuandos los niños no estuvieran ya en observación.

La proporción de niños mongólicos se evalúa en esta serie en el 11'4 por mil. En 1951, Carter y Mc Carthy, llegaban a un resultado sensiblemente parecido, ya que estimaban esta tasa en un 14'8 de mongolismos por cada mil nacimientos. El estudio de estos autores recaía también en un lote de mujeres de cuarenta años sensiblemente mayor.

No obstante estas diversas malformaciones, la conclusión de los autores es optimista, pues a juzgar por sus estadísticas parece que una mujer de cuarenta años, con buena salud, tiene bastantes probabilidades de traer al mundo un niño viable y normal. El término de «primípara vieja» no debe, por tanto, llevar implícito una significación desfavorable.—RICARDO HORNO LIRIA.

NORIEGA GUERRA, L., y colaboradores. (Servicio de Fisiología Obstétrica. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay). — «EFECTO DE LOS CAMBIOS DE POSICIÓN DE LA PARTURIENTA SOBRE LA INTENSIDAD Y LA FRECUENCIA DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS.» *págs. 383-392 de «Anales de la Facultad de Medicina», volumen 44, año 1959, núm. 3-4, Montevideo (Uruguay).*

Luis Noriega Guerra y nueve colaboradores han hecho un interesante trabajo, como fruto de una beca de la Organización de Estudios Americanos, desarrollando el tema indicado; las condiciones experimentales en su estudio han sido las más rigurosamente posibles y les hacen llegar a conclusiones interesantes, que resumimos a continuación, y que son las mismas a que llegan sus autores.

Se estudiaron los efectos del cambio de posición de la parturienta sobre la contracción uterina, mediante el registro de la presión amniótica, en cuarenta y dos partos de comienzo espontáneo y en cuarenta y dos inducidos con infusión de ocitocina.

Se encuentra que en decúbito lateral (izquierdo o derecho) las contracciones tienen mayor intensidad y menor frecuencia que en decúbito dorsal (ley de la posición). Los efectos del cambio de la posición se ejercen en forma inmediata, y persisten todo el tiempo en que se mantenga la misma posición. La ley de la posición se cumple en más del 90 por ciento de los partos espontáneos y en 76 por ciento de los inducidos con infusión de ocitocina.

Las variaciones medias son de 7'6 milímetros Hg. para la intensidad y de 0'7 contracciones por diez minutos para la frecuencia. Su nivel de significación es próximo al 99 por ciento. Los efectos de cambio de posición son mayores en los partos espontáneos que en los inducidos. Dichos efectos son similares en los períodos de preparto y de dilatación.

La paridad, el estado de las membranas y la posición fetal carecen de toda influencia en la producción de este fenómeno, cuyo mecanismo es desconocido. Por el momento, su más interesante aplicación clínica es el tratamiento de la taquisistolia e hipertonia uterina que se reducen marcadamente al pasar la parturienta al decúbito lateral. Los caracteres de las contracciones permiten suponer que las producidas en decúbito lateral deben ser más eficientes para el progreso del parto.

El trabajo lleva diez figuras y cuatro tablas, en las que reflejan los resultados obtenidos.

La ley de la posición la formulan con las siguientes palabras: «En decúbito lateral (izquierdo o derecho) las contracciones uterinas tienen mayor intensidad y menor frecuencia que en decúbito dorsal». — M. VICENTE.

RECIÉN NACIDO

IRIBARNE, N. D. — «ESTADO ACTUAL DE LAS COAGULOPATÍAS EN LOS RECIÉN NACIDOS.» «*La Semana Médica*», *págs. 495-505, tomo 115, núm. 13, 24, septiembre 1959. Buenos Aires.*

Después de unas consideraciones generales y del estudio de la coagulación, el autor trata de las coagulopatías, afirmando que es necesario establecer una diferencia principalísima entre hemorragias y coagulopatías. Estudia las deficiencias de componente tromboplástico del plasma, del complejo de la protrombina y del fibrinógeno.

Dice que es aspiración de todo tratamiento bien instituído establecer el punto crítico del factor en juego, o sea, la concentración por debajo de la cual se presenta las hemorragias y el tiempo que demora en alcanzarlo, es decir, su promedio de vida «in vivo» y su estabilidad de almacenamiento, concentración

y distribución de las distintas fracciones plasmáticas y también su destino durante el proceso de la coagulación.

Señala que al prescribir vitamina K se debe recordar que las dosis no deben pasar de un miligramo en el prematuro y de dos miligramos en el recién nacido a término. — J. RIVERA.

TERAPÉUTICA

PELIGRO DE LOS MEDICAMENTOS TRANQUILIZANTES. *Comunicado por O. M. S. (Organización Mundial de la Salud), 11, 3, 57, New York.*

EL aumento muy rápido del empleo de los medicamentos llamados tranquilizantes o atarácticos despierta vivas inquietudes en un cierto número de países, y los expertos de la O. M. S., compartiendo la ansiedad de las autoridades sanitarias nacionales, acaban de anunciar que estas sustancias, diversas por sus caracteres químicos, pero parecidas por su acción sedante sobre el sistema nervioso, deben ser consideradas como susceptibles de engendrar acostumbramiento.

Esta advertencia está publicada en el último comunicado del Comité de expertos de drogas que engendra toxicomanía.

En su comunicado el comité señala que el uso excesivo de estos medicamentos tranquilizantes puede acompañarse de un síndrome de dependencia característico. Desde este punto de vista los tranquilizantes y los atarácticos son parecidos a los barbitúricos, y deberían estar sometidos a un control nacional.

Su empleo continuo en clínica debería ser seguido muy de cerca para determinar si representan o no un peligro para la salud pública.

Los barbitúricos son también peligrosos.

El comunicado de la O. M. S. señala, por otra parte, de que el consumo de barbitúricos continúa aumentando de manera alarmante. Se recuerda que los barbitúricos son drogas que engendran acostumbramiento y que en algunas condiciones pueden engendrar una toxicomanía peligrosa para la salud pública.

El comité opina que las medidas de control tomadas sobre el plan nacional son suficientes en el momento actual, pero considera necesario continuar su aplicación e incluso reforzarlas en determinados casos.

Drogas que engendran acostumbramiento.

En un anexo a su comunicado, el comité de expertos de la O. M. S. señala igualmente que numerosas autoridades han expresado la opinión de que todas las sustancias empleadas con fines terapéuticos para obtener un efecto sedante o tranquilizante sobre el sistema nervioso central o para facilitar el sueño o calmar la ansiedad, son susceptibles de engendrar acostumbramiento. Algunos medicamentos con los que se pretende obtener un efecto euforizante o estimulante sobre el sistema nervioso central pueden, igualmente, engendrar acostumbramiento. Para estos dos tipos de sustancias el factor primordial es probablemente una sensación de bienestar. El acostumbramiento a estos agentes no es ante todo o esencialmente un abuso, a no ser que pueda conducir a una administración anormalmente prolongada o excesiva de la sustancia sin relación con la atenuación de los síntomas. Esta administración excesiva puede conducir a una dependencia física y a la aparición de una toxicomanía verdadera.

Por último, los expertos de la O. M. S. han considerado necesario señalar la diferencia entre toxicomanía y acostumbramiento. A este fin han sido aprobadas las siguientes definiciones.

Toxicomanía.

La toxicomanía es un estado de intoxicación periódica o crónica engendrada por el consumo excesivo de una droga, natural o sintética. Sus caracteres son fundamentalmente:

1) Un invencible deseo o necesidad (obligación) de continuar consumiendo la droga y de procurársela por todos los medios.
2) Una tendencia a aumentar las dosis.
3) Una dependencia de orden psíquico, y generalmente psíquico, bajo el punto de vista de los efectos de la droga.
4) Efectos nocivos para el individuo y la sociedad.

Acostumbramiento

El acostumbramiento es un estado que resulta del consumo excesivo de una droga. Sus características son:

1) Un deseo (pero no una obligación) de continuar tomando la droga a causa de la sensación de bienestar que ella ocasiona.
2) Poca o ninguna tendencia a aumentar la dosis.
3) Una cierta dependencia psíquica bajo el punto de vista de los efectos de la droga, pero ausencia de dependencia física y, por consiguiente, no hay síndrome de abstinencia.
4) Efectos perjudiciales que, si existen, afectan sólo al individuo. — G. GUILLÉN.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960
CONGRESOS Y SOCIEDADES

REUNIÓN CONJUNTA DE LAS SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE BARCELONA Y MADRID (SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA)

Madrid, 9 de abril de 1960

PRESIDEN Botella, Parache y Orengo las sesiones celebradas en el salón de actos del Colegio de Médicos. Asiste una representación de Barcelona, con su presidente doctor Vanrell, pero la asistencia de Madrid no es lo numerosa que era de desear. Esto nos hizo recordar el Congreso de la UPIGO, de 1956, con una selecta representación extranjera y una ausencia casi total de los ginecólogos madrileños. Y es una lástima, porque estas reuniones conjuntas tienen un gran valor, son jornadas breves, pero intensísimas, de las que se derivan muchas enseñanzas; es un control de la manera de trabajar de escuelas y de personas, una cosa que se debe prodigar más, y por ello merece sincera felicitación y entusiasta apoyo la Academia de Madrid al iniciar estos intercambios llenos de cordialidad, que consideramos mucho más eficaces que los congresos, para el estudio de un tema determinado. La reunión de Madrid fue un éxito de organización y de puntualidad; muy práctica, sin ser agotadora. Sencillamente, una buena jornada de trabajo, grato y amistoso.

Se trató el tema de «La incontinencia urinaria en la mujer».

El doctor Nubiola lee la comunicación del doctor J. Esteba sobre «Patogenia», exponiendo el sistema muscular esfinteriano, los factores nerviosos, destacando la importancia de los tejidos circundantes perineales; trata del mecanismo de la micción, y expone las causas de la incontinencia subrayando la importancia de las alteraciones del orificio externo y de los desgarros de los elementos de sostén y las modificaciones del ángulo uretro-vesical, con la proyección de esquemas anatómicos.

El doctor Fuster hace el «estudio clínico» de la incontinencia de esfuerzo, y se detiene en una exposición completa de los medios de diagnóstico de la pequeña y de la gran incontinencia, sobre todo importa el diagnóstico de las partes afectadas y la uretrocistoscopia; habla de las pruebas de Bonney y de Marchand, y del pesario. Es importante saber cómo trabaja el sistema esfinteriano y conocer la sensibilidad de la mucosa vesical a la cistoscopia. Se refiere a la cistometría, esfinterometría, esfinteruretrografía, cistorradiografía, y sobre diapositivas muy demostrativas expone las alteraciones del ángulo uretrovesical radiográficamente.

El doctor Mateu lee la comunicación del doctor Gil Vernet sobre «Tratamiento quirúrgico», refiriéndose a indicaciones y técnicas, y advierte que muchos fracasos se deben a que la causa de la incontinencia es un factor nervioso. Insiste en la importancia de la exploración por cistoscopia y radiografía, y, sobre todo, eliminar las causas generales nerviosas y hormonales que por mala indicación harían fracasar la operatoria.

Se muestra partidario de las plastias clásicas o modificadas, por la importancia que tienen en la reparación músculo-aponeurótica; especifica con este motivo las conexiones íntimas entre uretra y vagina y la influencia que sobre ellas tienen los partos y operaciones tocúrgicas. Todo ello lo aclara con proyección de dibujos anatómicos y cistografías pre y postoperatorias. Con las plastias se obtienen buenos resultados.

En la vía suprapúbica prefiere la operación de Peña y Botella unida a las plastias.

Trata de las técnicas mixtas de Goebell-Stoeckel y Alobridge, de las que no es muy partidario. Señala el peligro de fístulas y hemorragias operatorias. Su casuística es de cuarenta y seis casos de plastias y tres de operaciones suprapúbicas. Proyecta una película operatoria muy bien lograda técnicamente y de magnífico color.

Estas tres comunicaciones, perfectamente ajustadas en tiempo, y sin innecesarias repeticiones con mutuas alusiones, lo que indica la preparación de las mismas en colaboración, ocuparon la sesión de la mañana, al final de la cual una comida íntima, ofrecida por los colegas de Madrid a los de Barcelona,

permitió continuar una charla muy agradable con tan buenos amigos.

A las seis de la tarde, el doctor Vanrell trató de «La operación de Goebell-Stoecke'». Dice que ningún método quirúrgico es plenamente satisfactorio y que los fracasos son de un 10 a un 20 por ciento; prueba de ello son los ochenta y cinco métodos catalogados, demostración de su inseguridad. Lo que importa es elegir bien el método para evitar fracasos, esto es fundamental. Hay que valorar mucho la angulación de la uretra para la continencia, y por eso hace falta reponer el cistocele y el uretrocele (muy importante), restaurar el ángulo uretrovesical posterior, reducir la luz uretral y tensar fascias y músculos. Describe, sobre esquemas, la operación de G. S. y sus numerosas variantes, siendo muy importante que los colgajos de fascia y músculo tengan una longitud de unos quince centímetros, para evitar un tensamiento excesivo y colocar sonda permanente. Es una operación delicada. Sobre 200 casos, curados, 81 por ciento, y mejorados. 6 por ciento, en la recopilación efectuada. Su experiencia se refiere a 12 casos, y concluye estimándolo un método racional y actualmente útil. Fue una magnífica comunicación la de Vanrell, sinceramente expuesta y con un gran conocimiento personal.

El doctor Carceller lee la comunicación del doctor Garrica, sobre «La operación de Bonafonte», realizada sobre quince casos, con buen resultado en catorce. Señala la importancia de la hipofunción de los esfínteres. Describe la técnica que tiene por base el sostenimiento y tensión por los ligamentos redondos. Considera necesario siempre, antes de operar cualquier caso, un buen tratamiento médico.

El doctor Fuster expone la «Operación de Ingelman-Sundberg», que se realiza en la Maternidad Provincial de Barcelona, proyecta la técnica. Se refiere a treinta operadas, con un fracaso, dos mejorías, y el resto curaciones inmediatas.

El profesor Botella describe sobre proyecciones su «Técnica modificando la de Millin», realizada en diez o doce casos. Utiliza los músculos piramidales con prolongación de colgajo, aponeurótico, y advierte sobre los peligros de lesiones vesicales y uretrales; es una técnica delicada, pero la considera buena.

A continuación, se abre un animado «coloquio», que tuvo gran interés. Las respuestas a las preguntas solicitadas a la mesa, coordinadas por el doctor Orengo, pueden resumirse así:

La anestesia más indicada será la raqui, por la relajación que produce. En la etiología de la incontinencia, un factor muy importante son los traumas del parto.

El tratamiento médico de la incontinencia de esfuerzo será con estrógenos en la premenopausia por su acción vascular. No hay suficiente experiencia sobre corticoides. Hormonas y gimnasia perineal son los más eficaz, con vitamina B_1 y vitamina E. En los casos de causa infectiva, tratamiento de la infección. Escepticismo sobre tratamientos electroterápicos.

El tratamiento médico siempre que se conserve integridad perineal.

La interposición úterovaginal de Schauta y las colpocleises pueden dar lugar a incontinencias, lo mismo que la histerectomía total.

La intervención más elemental sería la corrección del cistócele y plastia. La plastia de Martius no sirve para estas incontinencias.

La mayor dificultad en la operación de Milli y Botella es el rodeamiento de la uretra, por el peligro de heridas; es el tiempo más difícil, sin embargo, la operación de Millin con piramidales es interesante.

Después de un parto esperar un mínimo de tres meses, mejor un año, para operar, porque muchas incontinencias se corrigen espontáneamente.

Se refieren casos de partos que no han influído en la eficiencia ulterior de la operación de Millin practicada antes.

La mesa del coloquio estaba constituída por Vanrell, Fuster, Carceller, Botella, Nubiola, Matéu, Parache, Mendizabal y Recaséns.

Por la noche, un banquete ofrecido por los ginecólogos de Madrid a los de Barcelona, dio fin a esta grata reunión conjunta, en la que el Director General de Sanidad, profesor García Orcoyen, recibió de manos del doctor Vanrell, presidente de la Sociedad Ginecológica de Barcelona, el título de Socio de Honor de la misma, que el profesor Orcoyen agradeció cordialmente. — C. F. R.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960
SECCIÓN VARIA

HAGIOGRAFÍA FOLKLÓRICO-MÉDICA

SANTA LIBRADA

(Invocada en la esterilidad y en los partos difíciles)

POR EL
DR. ANTONIO CASTILLO DE LUCAS
MADRID

En la Diócesis de Sigüenza, de donde es Patrona *Santa Librada,* Virgen y Mártir, tiene esta Santa singular veneración, como protectora de la mujer en la esterilidad y en los partos difíciles. Esta advocación específica, no la hemos oído mas que en tierras alcarreñas y gallegas; en otras regiones a esta Santa se la venera como abogada de los sufrimientos en general. En Madrid existía, en el siglo XVIII, una Congregación de Seguntinos [13], estaba dedicada al culto de esta Santa, y su hermosa imagen se venera en la hoy Iglesia Pontificia de San Miguel [14].

En una relación de Santos sanadores que figuran en un calendario de Maternología Popular [1], decíamos respecto a Santa Librada que quizá el pueblo la señalase tradicionalmente esta tutela en recuerdo del terrible sufrimiento por el martirio que sufrió la Santa, crucificada como Jesucristo, y, al estar en cruz, recordar la postura violenta que antaño tenían para parir de pie las mujeres, sujetada la parturiente por debajo de las axilas por dos personas, y así, en esta posición, facilitar el descenso de la criatura y su expulsión. Esta sugerencia la desechamos en absoluto desde que estudiamos la vida de la Santa, sus tradiciones y leyendas, y nos encontramos con que la Santa nació en el parto más extraordinario que puede concebirse ¡un parto novellizo!; este suceso tan extraordinario, bien pudiera ser el motivo de veneración para quien libró la vida al nacer, de aquí el nombre de Librada o Liberata.

Esta analogía de un parto múltiple, para invocar a Santa Librada en los partos difíciles —y siempre lo son los gemelares—, se aprecia con toda claridad en el Brasil, respecto a los Santos Cosme y Damián, hermanos gemelos, a los que, allí, se les rinde culto para que protejan a la mujer y la eviten los embarazos de mellizos.

* * *

En la Diócesis de Tuy, donde nació la Santa, y en toda Galicia y parte norte de León, llaman al acto de parir, *librar,* en general y especialmente al alumbramiento. El doctor José Autón me contó que hace unos veinte años reclamaron

su asistencia en una casa muy modesta de La Coruña para que «librara» a una mujer que no podía expulsar la placenta, encontró a la parturiente muy agotada por los dolores de «entuertos» y hemorragia, el cordón estaba seccionado y la partera le había ligado con un cordonete cuyos extremos estaban atados a la liga de las medias de la enferma «para que no se subiera» *la madre* (útero) y con ella las *secundinas* (placenta)... En tanto que el médico hizo la maniobra de Credé, las mujeres que había en la habitación rezaban a Santa Librada, y cuando felizmente salió la placenta íntegra, diéronle a la Santa gracias todas por haberla «librado». En este caso vése una relación entre el nombre de Librada y el hecho de librar con el significado de alumbramiento o acto final del parto, que deja a la mujer libre, materialmente, del fruto de su maternidad.



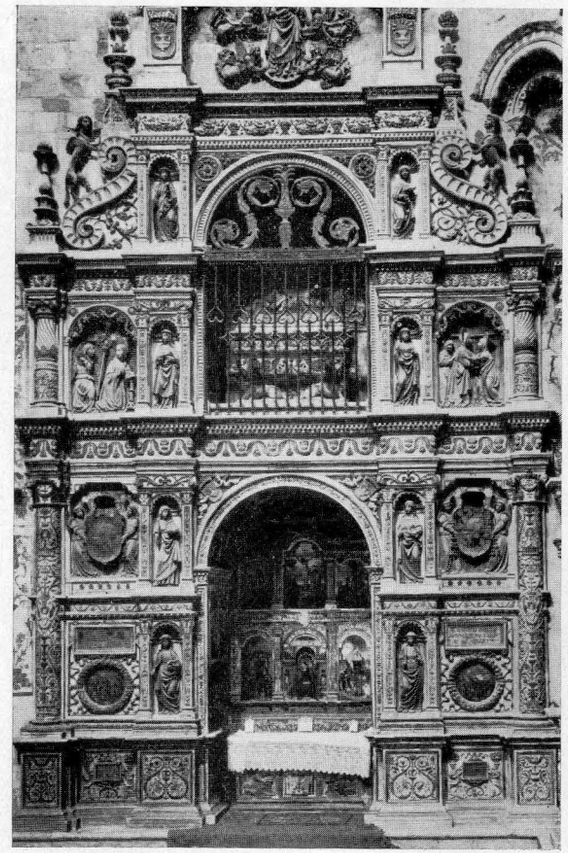
SANTA LIBRADA, ABOGADA DE LA ESTERILIDAD Y DE LOS PARTOS PELIGROSOS

La tutela sobre las mujeres estériles, es de pensar que se deba a que Santa Librada, por proceder de madre tan prolífera, al dar en un solo parto nueve hijas, hubiera hecho de Librada, por herencia —ya que este factor hereditario es importante en la superfecundación—, una madre fértil de no haber hecho votos de castidad, sufriendo el martirio y la muerte en ofrenda de su virginidad consagrada a Jesucristo; de esta devoción a la Santa para alcanzar descendencia hay una constante histórica que menciona Layna Serrano: [2] «El castillo —de Sigüenza— alojó durante tres días, en agosto de 1827, a Fernando VII y sus cortesanos, entre los que figuraban el Ministro Calomarde y el Duque del Infantado; procedían del balneario coquense de Solán de Cabras, adonde fueron con la ilusión de que esas aguas medicinales curaran la esterilidad de la Reina María Josefa Amalia de Sajonia, y perdidas tales esperanzas los monarcas vinieron a Sigüenza para impetrar la protección de Santa Librada, patrona de la ciudad, y cuyos restos guarda su Catedral.»

* * *

La vida de Santa Librada la hemos preferido extractar de una historia popular y piadosa, como es la que precede al novenario que se reza en la Catedral de Sigüenza [3]. Nació esta Santa «en una ciudad de Galicia, por nombre Baleagia,

ahora Bayona de Tuy. Fue su padre Lucio Catelio, Virrey que era entonces de Portugal y Galicia, puesto por el Imperio Romano, que entonces dominaba nuestra España; su madre se llamaba Calsia, también de linaje real, ambos gentiles. Esta, a los 119 años del nacimiento de Cristo Señor Nuestro, según el más ajustado cómputo, dio a luz, de un mismo parto, nueve Infantas; la última en el orden de nacer fue nuestra gloriosa Santa...



CAPILLA DE SANTA LIBRADA, PATRONA DE SIGÜENZA. EN LA PARTE SUPERIOR DE ESTE MAGNÍFICO ALTAR PLATERESCO ESTÁ EL ARCA CON LOS HUESOS DE LA SANTA. AL FONDO, DEBAJO, SE VE SU IMAGEN CRUCIFICADA.

Confusa la madre al ver tan portentoso caso, concibió que si llegaba a oídos del Rey, su esposo, y de los demás del Reino, había de recaer en afrenta suya y falta de lealtad a su marido, siendo oprobio de todos, y así determinó con pundonor cruel mandar a la que le asistió al parto, arrojar todas nueve criaturas a un río, para ocultar con esta acción el suceso y librarse de la vergüenza o pudor que había de ocasionar el descubrirse.

La que asistió al parto de la reina, era una mujer tan buena cristiana que después murió mártir y llamóse Santa Sila, que inspirada del Cielo determinó que, en vez de arrojarlas a las aguas, las criasen a su costa nueve amas cristianas de los arrabales y guardasen el secreto más riguroso; las niñas se criaron sin desgracia alguna y fueron encomendadas al Obispo de Braga, San Ovidio, que cuidó de su educación y enseñanza, y cuando tuvieron uso de razón hicieron voto de castidad. Contentas vivían las nueve doncellas consagradas al Señor, hasta que, por orden del Emperador Adriano, fueron víctimas de la persecución más despiadada; puestas en presencia del Rey, quedó turbado al oír que eran hijas suyas, hecho que confirmó la Reina confesando la verdad; el padre trató de ofrecerles riquezas, honores y matrimonios con príncipes, pero ellas permanecieron firmes en sus votos de virginidad y de fe en Cristo, por lo que decidió matarlas, pero ellas, en el calabozo, acordaron evitar a su padre ese crimen y decidieron escaparse y así sufrir el martirio por otros tiranos; las nueve hermanas recibieron la corona de mártires en distintos lugares; Santa Genivera, en Tuy; Santa Eumelia, en Arobiga, de la misma

Diócesis; Santa Marina, en Anfiloquia, del Obispado de Orense; Santa Quitera, en Margeliza, de la Jurisdicción de Toledo; Santa Marciana, en la propia Toledo; Santa Victoria, en Córdoba; Santa Germana, en Cártago de Africa; Santa Basilisa, en Siria, y Santa Librada, en Castreleuca, ciudad de Portugal, el día 20 de julio del año 139.

Santa Librada, cuando huyó del calabozo con sus hermanas, se retiró a un bosque donde había otros cristianos fugitivos, adoctrinándolos y animándolos a padecer por Dios, cuando fuesen apresados, como así ocurrió; fue condenada a morir en el mismo instrumento que lo fue Jesucristo: en una Cruz.

San Librada es la única Virgen y mártir que ha muerto crucificada; en otras Santas fue como martirio la crucifixión, muriendo luego degolladas. Iguala en este martirio a San Pedro, Príncipe de los Apóstoles, éste pidió a sus verdugos que le crucificaran con la cabeza hacia abajo, por no considerarse digno de que fuese como al Señor; San Andrés rogó que la crucifixión fuese en una cruz de aspa; San Bartolomé, después de colgado en la cruz, fue desprendido de ella para morir despellejado, y San Dionisio, tras de colgarle y exponerle a la muchedumbre, le bajaron para decapitarle ,y milagrosamente anduvo con la cabeza en la mano unos pasos, portentoso hecho que reproduce su iconografía...

El culto a Santa Librada en la Diócesis de Sigüenza, se debe a la piedad y munificencia de un Obispo, de origen lusitano, perteneciente a la Casa de Braganza, don Fadrique de Portugal, que al gobernar esta Diócesis seguntina quiso honrar la memoria de Santa Librada, como Santa portuguesa, mandando hacer el magnífico retablo plateresco que, por sí solo, justifica la visita a esa Catedral [4]. En él figura la imagen de la Santa crucificada y una magnífica arca de plata que contiene la mayoría de los huesos de la Santa, pues tan preciadas reliquias han sido pedidas para otras iglesias, y concedidas por el mismo Prelado para Aragón, Oviedo y Tuy. La estatua orante del fundador está en un bello sepulcro adosado al muro lateral, adorando a perpetuidad a su Santa compatriota.

La historia que hemos resumido de la vida de la Santa, coincide esencialmente con las leyendas sobre la misma.

* * *

Todas las versiones legendarias y tradicionales en Europa sobre partos múltiples, tienen estos caracteres:

1.º Considerar los partos múltiples como producto de superfecundación, debida a relaciones sexuales con hombres diferentes.

2.º Pretender la mujer que tuvo el parto múltiple borrar el agravio que pudiera recaer por adúltera, haciendo desaparecer todas las criaturas, o, a lo sumo, dejar una, para enseñársela al marido.

3.º Salvarse de la muerte los recién nacidos, providencialmente, y quedar constancia de su existencia después, por hechos famosos de estos descendientes.

4.º Expiar la culpa la madre desnaturalizada, al presentarla estos hijos ya criados.

Tres leyendas españolas vamos a poner de ejemplo, que encierran todas las variantes que pueden encontrarse en la literatura universal:

a) La leyenda de los Porceles de Murcia.

Lucrecia, noble dama del Reino de Murcia, ofende a una pobre mujer llamada Angela, porque tiene unos mellizos, acusándola de haber tenido relaciones con dos

amantes; la mendiga la maldice, para que tenga un parto más fecundo; a los nueve meses Lucrecia da a luz siete hijos y dispone que seis se arrojen al río.

—No diga mi esposo ausente,
que fui adúltera y me maten;
o los de Murcia me afrenten,
porque no digan sus damas,
que Lucrecia de Meneses,
de un hombre sólo y de un parto
parió como puerca siete.

Don Lope, el marido, llega de la guerra y ve a la criada con una canasta acercarse con ánimo de tirarla al agua, airado lo impide y se entera de lo ocurrido, mandando entonces que criasen otras tantas amas a los niños, guardando el secreto para que la esposa no lo supiese. Pasado el tiempo, Don Lope lo proclama y dispone que en adelante cambien de apellido y se les llame *los porceles*.

—Para que el suceso sea,
inmortal mientras que el Sol
alumbre el cielo y la tierra.[5]

b) La leyenda del matrimonio de los Siete Infantes de Lara.

Menéndez Pidal recogió esta leyenda de boca de la guardiana de las ruinas del Monasterio de Arlanza:

«Doña Alambra sosañaba a una su vecina llamándola puerca, porque libró de un parto dos criaturas; por eso Dios la castigó haciéndola, a su vez, preñada de siete. Llegada la hora del alumbramiento, no quiso ella sufrir tanta vergüenza; mandó a la moza que la servía tirar secretamente los recién nacidos al río, guardando uno solo, para criarlo. Cuando la sirvienta sacaba ya de la casa los dos primeros, metidos en un cántaro, el padre, que volvía de afuera, la detuvo; vióla desconcertada, y, descubriendo la maldad, salvó a todos sus hijos, porque buen cristiano era, dándolos a criar a escondidas de la madre. Andados siete años, mandó un día el noble señor a su mujer preparar un gran convite, porque iban a venir a su casa seis príncipes y quería hacerles gran regalo. Puestos ya los manteles y prevenido todo, hizo el padre sentar a la mesa a sus hijos, así al que criara la madre como a los otros seis que quiso matar; todos estaban vestidos de un color y de una librea. Entonces preguntó a Doña Alambra: ¿Cuál es el hijo que tú criaste? La malvada los miró a todos fijamente, pero no supo distinguir el uno del otro, y, llena de vergüenza, salióse de la sala del convite, cogió su caballo y, corriendo desesperada, fue a arrojarse a la Laguna Negra, allá en las sierras muy frías, por cima de Borbardillo de Herreros [6].»

c) La leyenda de Santa Librada.

La versión que publica Menéndez Pelayo coincide esencialmente con la vida que hemos resumido anteriormente y con la leyenda galáica de Santa Liberata —que es como llaman en Galicia a Santa Librada—, que cita García de Diego [7]; las pequeñas diferencias están, no en el fondo, sino en la forma, pues prescinde de fechas exactas, nombres de los padres y hermanas y demás personajes que influyen en la vida de la Santa, pues al transmitir la leyenda por vía oral el narrador olvida datos o sobreañade, imaginativamente y con el mejor sentido piadoso, un elemento a su narración, especialmente cuando afecta a la gloria regional; así localiza en el río de la Ramallosa, distante como dos kilómetros de Bayona, el elegido por la

Reina para que la partera echara en sus aguas a las nueve Infantas, y en su puente puede verse esculpido el cesto donde las iban a arrojar al agua y escenas de la vida de Santa Librada que pregonan en piedra que la leyenda de Santa Liberata está viva en la fe popular.

* * *

A Santa Librada se la conoce también por el nombre de Wilgeforte, así lo atestiguan diferentes textos:

El P. Pérez de Urbel [8] hace figurar en el día 20 de julio a Santa Vilgefortis, Virgen y Mártir en Portugal, identificándola con Santa Librada.

En el breve resumen del que tomamos las notas para describir la vida de esta Santa, dice: «Nuestra cándida Virgen Librada, por otro nombre Wilgefortis, que quiere decir Virgen Fuerte...».

El libro de Renales Carrascal, publicado en Madrid, en 1736, tiene este título: «Las nueve infantas de un parto, mártires de Galicia, hija de Reyes de la Gran Lusitania, y singular nacimiento, vida y martirio de la esclarecida Virgen y Mártir Santa Wilgeforte o Librada, Patrona que se venera en la Santa Iglesia Catedral de la Ciudad de Sigüenza y su Obispado.»

La versión de Santa Liberata o Wilgeforte, que existe en el archivo de la Catedral de Beauvais [9], «la hace hija de un Rey de Portugal. Consagrada a Dios, es solicitada en matrimonio por el Rey de Sicilia. Su padre la otorga, y ella pide a Dios le quite la hermosura: una espesa barba la cubre el rostro, el pretendiente renuncia ella, y su padre, exasperado, la crucifica».

Esta versión centroeuropea nos llevaría a comparar el portentoso caso de la hipertricosis súbita, con otros fenómenos capilares registrados en la historia, como la canicie de María Antonieta en la víspera de su decapitación, o *las canas de Don Diego Osorio,* suceso que ha quedado en locución y que se aplica a cosas asombrosas por su rapidez, pues este caballero de la corte de los Reyes Católicos, se le pusieron blancos los cabellos en una noche, cuando le comunicaron que sería ejecutado al siguiente día. Estas transformaciones se deben a conmociones endocrinas y nerviosas excepcionalísimas, pero biológicamente posibles, pues en plazo más o menos largo se observan en la clínica, por la influencia de causas psíquicas y orgánicas diversas.

* * *

Una frase disparatada nos contó una religiosa, que la oyó de sus familiares residentes en aldeas de la Diócesis de Sigüenza, y después nosotros a otros coterráneos, quizá aluda jocosamente a la tutela de Santa Librada para facilitar el parto, pues dice: *Santa Librada, parió por un dedo, será verdad, pero yo no lo creo...,* irreverente es tal idea, aplicable a todo lo imposible, que no merecería comentario, si no fuese por el de que todo mito tiene un fondo más o menos remoto de verdad; esta lejanía, en este caso, podría referirse al subconsciente de la humanidad de un deseo no logrado por imposible; el mito de los partos extragenitales y por hombres, los cita la mitología, sirva de ejemplo el nacimiento de Minerva de la cabeza de su padre Júpiter, y en lo popular, el cuento del ogro que al llegar a su casa olió a carne humana, que era un niño recién nacido que se había encontrado en el bosque la mujer del ogro y que ella trataba de salvar, mas como el ogro, al par que hambre, tenía dolores de tripas, se puso a hacer una deposición, y entonces la ogresa discurrió engañar a su marido diciéndole que lo que

había echado por el intestino era una criatura, éste la aceptó como hijo y cuidó amorosamente del mismo; este cuento comentado por el gran etnógrafo italiano Raffaele Corso [10], le lleva a relacionarlo con la covada, antigua costumbre y práctica jurídica de reconocimiento paterno de un hijo, en la que el marido, inmediatamente que pare su mujer, se acuesta en la cama y recibe las visitas y agasajos como si hubiese parido. El nombre de covada, sabido es que viene de incumbar, que es lo que hacen las aves monógamas con los huevos. En patología humana hay monstruosidades, teratomas y embriomas, en el hombre y en la mujer, incluídos en los órganos más variados, nunca en organismo vivo, como en la mitología.

La leyenda de los partos múltiples y el deseo de esa madre prolífica de hacer desaparecer los hijos, se fundaba en la creencia de la infidelidad conyugal, comparándolo con lo que ocurre en los perros callejeros y en los gatos, en que los coitos muy inmediatos pueden determinar superfecundación de dos o más machos. Normalmente, en la genética pecuaria vigilada, se comprueba que, de un solo acoplamiento, pueden nacer dos o más crías, según la especie. En la especie humana, esta superfecundación en un solo coito es la fisiológica.

En la mujer, se producen los embarazos gemelares por la fecundación simultánea de dos huevos que han sido expulsados en poco intervalo de un mismo ovario o uno de cada lado; o también de la existencia de folículos de Graaf, que contienen dos óvulos, y como caso menos frecuente el de fecundarse un óvulo que contenga dos vesículas germinativas, y aún más excepcional el de que una mancha germinativa se segmente, dando origen a dos blastomeros cuya evolución origine su correspondiente embrión. Todos estos tipos pueden apreciarse en los partos gemelares observando la forma de la placenta y la disposición del corion y membranas amnióticas.

En los partos múltiples, en la misma ovulación se desprenden varios óvulos, como pasa en los animales, bien contenidos en la misma vesícula o en vesículas diferentes. En la especie humana estos partos múltiples son excepcionales y en ellos influye mucho el factor hereditario, especialmente por parte de la madre.

La superfetación nunca fue creída por el pueblo, ni hay leyenda sobre la misma. Lo mismo la mujer que los animales, una vez fecundadas no pueden ser posteriormente preñadas de nuevo. Ya del tiempo de la Roma decadente, por sus excesos sexuales, se cuenta que las embarazadas, como sabían que no concebían otra vez, entregábanse a toda clase de excesos, y así se cuenta de la mujer de Agripa que llegó a decir desvergonzadamente: «yo nunca uso de otro piloto a mi nave, hasta que la siento llena...».

* * *

Como resumen, vemos que el tema de Santa Librada tiene muchas facetas interesantísimas:

En el aspecto religioso, por la ejemplaridad de la vida de la Santa y la fortaleza de su espíritu para defender su fe cristiana.

Literariamente, por la belleza de sus leyendas, enseñanza moral adornada con imágenes poéticas que hacen héroes a los nacidos tras portentosos partos y condenan la maldad humana.

Desde el punto de vista médico se presta a consideraciones sobre la superfecundación, superfetación, partos múltiples y extragenitales (embriomas y teratomas) y procesos endocrinos y nerviosos.

Etnográficamente, se resumen los tres aspectos, en la historia cultural del hombre, al comprender cómo un hecho legendario da motivo a una devoción que se

transmite por tradición y por la fe de un pueblo creyente en la Omnipotencia Divina, y que eligió a Santa Librada como remediadora de la necesidad vital para que la especie humana se continúe a través de los tiempos por ¡la Santa Maternidad!...

La historia de la gestación principia con el placer amoroso y fecundante, y concluye con los dolores del parto, es decir, hasta librar —según la expresión popular— y quedar la mujer con útero vacuo y libre. Un refrán apicarado señala esta diferencia, que expresa como una queja de la atribulada parturiente: *Santa Librada, ¿por qué no es la salida como la entrada?* [11].

BIBLIOGRAFÍA

1. *Súrgere* (revista de la Sección de matronas), Madrid, 1959.
2. LAYNA SERRANO, FRANCISCO.—«El Castillo Palacio de los Obispos de Sigüenza» (conferencia Sociedad de amigos de los castillos), Madrid, 1955.
3. «Breve resumen de las glorias de la Virgen y Mártir Santa Librada...» (novena sin autor ni pie de imprenta con fecha. Madrid, finales del XVIII.
4. TORMO, ELÍAS.—«Sigüenza» (guía de la Dirección General del Turismo). Madrid.
5. «Antología de Leyendas». Edit. Labor, pág. 73, 1953.
6. «Antología de Leyendas». Edit. Labor, pág. 75, 1953.
7. «Antología de Leyendas». Edit. Labor, pág. 75 y 258, 1953.
8. PÉREZ DE URBEL, FRAY JUSTO.—Año Cristiano, tomo V , segunda edit. Madrid, 1940.
9. GARCÍA DE DIEGO, VICENTE.—«Antología de Leyendas», citada, pág. 259.
10. CORSO, RAFFAELE.—«Il rito della covata in um raconto populare della Corsica». Roma, 1955.
11. RODRÍGUEZ MARÍN, FRANCISCO.—«Más de 21.000 refranes castellanos», pág. 448. Madrid 1926.
12. MINGUELLA, FR. TORIBIO.—«Santa Librada. Estudio Histórico». Madrid, 1910.
13. ARBETETA, FRANCISCO ANTONIO.—«Oración panegírico-moral que en la solemne fiesta que celebró la Ilustre Congregación de Naturales del Obispado de Sigüenza a su gloriosa Patrona V. y M. Santa Librada, el día 20 de julio del año 1776, en la Iglesia Parroquial de San Justo, y Pastor de Madrid». Imp. Muñoz del Valle. Madrid, 1777.
14. TORMO, ELÍAS.—«Las iglesias del antiguo Madrid», pág. 109 del tomo I. Madrid, 1927.

Dirección: Marqués de Cubas, núm. 9. Madrid.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960
SECCIÓN VARIA

ACTUALIDAD MÉDICA

DE LA «A. P. I. M.» A LA «W. M. A.»

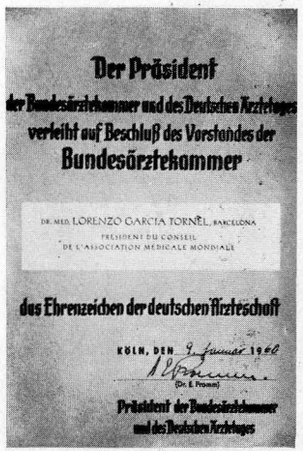
POR EL
DR. JUAN FERNÁN PÉREZ
MADRID

Me considero obligado, ante todo, a descifrar el enigma que para la mayoría de los lectores ha de ser la «sopa de letras» con que encabezo esta crónica. Apenas terminada la primera guerra mundial, los médicos de casi todo el mundo crearon la llamada Asociación Profesional Internacional de Médicos; título demasiado largo, que fue reducido a la palabra formada por sus iniciales: A. P. I. M., y terminada la última guerra, de mutuo acuerdo con los compañeros que crearon la A. P. I. M., fue organizada en Londres la World Medical Association, o Asociación Médica Mundial, cuyos representantes más destacados celebraron su Asamblea en estos días en Madrid.

La Asociación Profesional Internacional de Médicos (A. P. I. M.) fue un proyecto de los médicos franceses, llevado a la práctica por el hoy venerable doctor Fernand Decourt, con un entusiasmo y un éxito extraordinarios, ingresando en la misma representantes de las organizaciones profesionales médicas de Alemania, Argentina, Austria, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Chile, Cuba, Dinamarca, Dantzig, Estados Unidos, Estonia, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Holanda, Hungría, Letonia, Luxemburgo, Noruega, Palestina, Perú, Polonia, y más tarde casi la totalidad de las naciones, entre ellas España, que ingresó en la reunión celebrada en 1930, siendo nombrado su delegado el doctor don José Pérez Mateos, miembro del Comité administrativo, en representación de todos los países de habla española, que a su vez delegó en el entonces presidente del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, doctor don Lorenzo García-Tornel Carrós, que desde entonces ha venido asistiendo a las Asambleas celebradas en nombre del Consejo General de Colegios de Médicos, constituyendo su personal actuación un brillante triunfo.

La labor de la A. P. I. M. fue intensa y extraordinariamente fructífera. En su boletín pueden encontrarse detallados estudios de todos los aspectos del ejercicio profesional, tales como pletora médica, seguros sociales, etc., logrando que su voz y opiniones fueran atendidas en la Oficina Internacional del Trabajo, de Ginebra, en su división correspondiente de Higiene y Sanidad. El delegado español, doctor don Lorenzo García-Tornel, fue elegido presidente de la Asamblea celebrada en Bruselas en 1935, y estaba designado para presidir la que había de celebarse en

París en septiembre de 1939, que no llegó a tener lugar por haber estallado la segunda guerra mundial. Y terminada ésta los miembros directivos de la British Medical Association creyeron necesario organizar una Asociación similar a la A. P. I. M., pero con mayores vuelos, extensión y fuerza, y de acuerdo con los doctores Fernand Decourt y Paul Cibrié, de París, se celebró una conferencia en Londres, de la que nació la *World Medical Association*, a la que el delegado de Egipto, doctor Brock, saludó como hija robusta de la A. P. I. M. A lo que contestó el delegado de Francia, no sin cierta amargura, que «la madre había muerto de parto».



REPRODUCCIÓN DEL NOMBRAMIENTO CONCEDIDO AL DOCTOR GARCÍA-TORNEL POR EL GOBIERNO ALEMÁN

A aquella primera Asamblea fueron invitados representantes de 47 naciones, pero no asistieron delegados de Alemania, Rusia ni de Italia.

Los fines de la entonces naciente *Asociación Médica Mundial* eran: reforzar los lazos que unen a las organizaciones médicas nacionales y a todos los médicos del mundo por contactos personales y por todos los medios de confraternidad posibles, con el fin de ayudar a todos los pueblos del Globo a que alcancen el más alto nivel de su salud; estudiar los problemas de la profesión médica que se presentan hoy en los diversos países; organizar un intercambio de información sobre las cuestiones de más palpitante interés facultativo; establecer relaciones con la Organización Mundial de Sanidad y con la O. N. U., para lograr el máximo perfeccionamiento científico, educativo y cultural, exponiendo ante estos centros mundiales las opiniones y sugerencias de la clase médica.



DR. GARCÍA-TORNEL

En la actualidad se ha celebrado en Madrid el XXXVIII Consejo de la Asociación Médica Mundial, con la asistencia de personalidades médicas inglesas, alemanas, francesas, luxemburguesas, holandesas, danesas, suizas, australianas, paquistaníes y españolas, ya que figuran entre los médicos afiliados más del medio millón de facultativos de todos los países, menos de la Unión Soviética. Presidieron las sesiones el doctor Mallén, de Sidney (Australia), y representando a España, el doctor García-Tornel Carrós, director del hospital de la Cruz Roja de Barcelona y vicepresidente del Colegio Oficial de Médicos de aquella capital.

En el salón de actos del nuevo edificio del Consejo General de Médicos de España se ha celebrado una reunión de Prensa, para notificar, ante todo, que las personalidades reunidas en Madrid se encuentran satisfechísimas de estar en España, la mayor parte de las cuales ya conocían.

El presidente de la Asociación, doctor Lemieux, y el secretario, doctor Bauer, informaron a los representantes de Prensa de los fines de la entidad, que estudian

y discuten detalladamente, siendo los idiomas oficiales el inglés, el francés y el español, en cuyos idiomas está redactado el «World Medical Journal», órgano oficial de la misma, de periodicidad bimensual. Se ha tomado el acuerdo, para casos de guerra o desastres, de que cada médico tenga en depósito su documentación personal en una oficina de Norteamérica, creándose un emblema internacional para protección de los médicos y auxiliares.



EL DOCTOR FROMM, DE ALEMANIA, IMPONIENDO AL DOCTOR GARCÍA-TORNELL CARRÓS LA DISTINCIÓN QUE LE HA SIDO CONCEDIDA POR LA FEDERACIÓN DE MÉDICOS ALEMANES (Foto. Escobar.)

Al terminar la conferencia de Prensa, el doctor Fromm, de Alemania, impuso al doctor don Lorenzo García-Tornel Carrós, de Barcelona, las insignias de miembro de honor de los Colegios Médicos del Gobierno Federal Alemán, en recompensa a sus extraordinarios servicios en defensa de la clase médica mundial. El doctor García-Tornel agradeció la distinción de que se le hacía objeto con emocionadas palabras y añadiendo que su labor no había sido otra que la de enaltecer a la Medicina española en todos los países del mundo.

Seguidmente, Perico Chicote sirvió un aperitivo excelente.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 410 - TOMO LXIX
MAYO 1960
SECCIÓN VARIA

ELOGIO Y NOSTALGIA DE MARAÑÓN

POR EL

DR. LEOPOLDO CORTEJOSO

VALLADOLID

CUANDO a nosotros, los españoles, se nos va para siempre un hombre genial, la figura del muerto se nos agiganta de tal modo, que nos llena el espíritu hasta rebosar. Y entonces, como ya no podemos hacer otra cosa, y llorar es oficio de mujeres histéricas, nos dedicamos a recordar. Es como si a fuerza de reconstituir anécdotas y de traer a colación las obras y los días del ausente, le quisiéramos hacer vivir de nuevo. Vanos intentos. Decimos: «Era así, de esta manera...; hacía esto, o lo otro, o lo de más allá...; nos enseñó tal cosa o nos maravilló un día con tal otra... En tal ocasión...» Y aquel hombre que fue, que ya no es, que ya no será nunca, parece que otra vez está a nuestro lado purificado por el tremendo sacrificio de haber entregado su vida. Entornamos los párpados, cerramos los ojos de la carne, y apercibimos viva su presencia; porque su fuerza, su razón de ser, su dominio espiritual eran tan grandes, que vivía plenamente en nosotros sin que hasta ahora lo hubiéramos advertido. Esto, señores, es lo que nos pasa ahora con Marañón, como antes nos pasó con algún otro. Y surgen sus palabras, sus escritos, sus ejemplos, sus anécdotas. La que más ahincadamente vive en mi recuerdo es aquella que, a mi entender, mejor refleja su poderosa voluntad, su disciplina al servicio de una tarea que no admitía ocios ni renunciaciones. Le preguntaban cierta vez cómo era posible que el tiempo fuera para él, diríamos que elástico, que encontrase en cada jornada espacio suficiente para cumplir sus múltiples tareas. Y él, con aquella su elegante sonrisa que parecía estar pidiendo disculpas por ser como Dios le había hecho, respondió sin titubear:

—Yo soy un trapero del tiempo. Trabajo siempre como si tuviera que tomar el tren para emprender un viaje.

Así lo veo yo en este instante: trapero del tiempo, recortando el aire celestial con unas grandes tijeras invisibles. Así lo veo yo, porque así fue toda su vida: hombre sin prisa y sin pausa, que a la vuelta de sus grandes viajes se recogía como un monje en la soledad de su biblioteca y allí se marcaba un nuevo itinerario espiritual que iba desde las frondosas y selváticas arboledas de la erudición a buscar las raíces más profundas, más entrañables, de la Historia. Era, tal vez, la suya una ambición desmedida por encontrar la verdad; un deseo que le tiranizaba y podía más que él. «La Historia —escribía— es la misma Vida de hoy y de mañana: acaso, sólo, con máscaras distintas.» Pero, ¿cómo eran realmente las máscaras del pasado? Marañón debió de preguntárselo muchas veces en los verdes años del

Instituto, y es seguro que no le conformó la respuesta. De ahí que, viajero incansable del tiempo y del espacio, no se conformase siempre con las rutas marcadas por los demás. Había que ir más lejos todavía. Sobre todo, había que ir a la meta justa, a desentrañar lo más entrañable de los seres y las cosas.

¡Sobrehumano trapero del tiempo, que con tantas horas reunidas —horas, para los demás, vacías o muertas— supo ir elaborando paso a paso la miel de una sabiduría que había de desprenderse después de sus libros como un raro perfume! Semanas y meses de labor incansable en su biblioteca, frente a los estantes repletos de amigos que todo se lo daban y nada le exigían, fueron el agridulce regalo de esta labor de trapería que le permitió no quedarse nunca en la superficie de los enigmas históricos, sino romper su estructura para ver, para encontrarse, como el niño que destripa su juguete preferido, con lo que había dentro. Y lo que había dentro de las vidas por Marañón analizadas era algo oscuro, aparentemente impenetrable, sujeto a las leyes de la herencia o esclavo de otras leyes misteriosas que regulan los pasos del hombre por la tierra. La Historia, en sus manos, no era ya, como en la frase de Michelet, un montón de piedras; era, por el contrario, un objeto vivo, con nervio, con alma; un «ser», no un «estar».

Historiador del alma española llamó Marañón a Azorín, sin detenerse a pensar que también con esa frase se definía a sí mismo. Para ser un buen historiador es menester ser un buen crítico de la vida, y Marañón lo era. Un crítico de la vida, que, ahondando en la entraña del pasado, trataba casi siempre de reivindicar la memoria de quienes, no siendo más que unas pobres víctimas, pasaban a menudo por responsables de faltas y desmanes. He aquí cómo, al cabo del tiempo, las preguntas formuladas en los verdes años venían a tener una cabal respuesta. Las máscaras del pasado no eran como muchas veces la historia de los libros escolares había pretendido enseñarnos a él y a nosotros. Mas para llegar a esta conclusión, Marañón había tenido que viajar muchas horas dentro de su biblioteca y proseguir, trapero del tiempo, recogiendo esos minutos volanderos que al español se le pierden a la vuelta de una esquina y aun sin esquina alguna que doblar.

Cierto que entrar a saco en la Historia para discernir acerca de la intimidad de seres que no nos pertenecen, es un verdadero abuso de confianza. Pero Marañón sabía hacerlo con tanta delicadeza, que más que tomar entre sus manos pecadoras una criatura muerta, hecha legajo y polvo de archivo, parecía que tocaba y retocaba seres vivos, frágiles y quebradizos, hombres y mujeres enfermos a los que todavía era posible salvar, si no de la muerte física, al menos, del oprobio, que también es una forma de muerte. De este modo no es extraño que algunos de sus grandes redivivos —me place en este caso esta palabra más que la de biografiados— hayan salido de sus manos con una existencia tan nueva y tan singular, que a primera vista parecieran otros. ¡Oh, si los muertos que él rehizo de esta forma hubieran vuelto de sus profundidades cadavéricas en un glorioso juicio final! A fe de criaturas que están ya de vuelta de toda clase de miserias humanas, que hubieran visto en Marañón un padre omnipotente. Y, en definitiva, tal vez el maestro no cifró su gloria terrena más que en esto: en ser padre espiritual de todos, de los de hoy, de los de ayer y de los de siempre.

Mientras tanto, la pluma de Marañón iba poniendo a flote, salvados del naufragio de la pereza, todos esos sentimientos que forman la personalidad y que sobreviven por encima de los recuerdos: la envidia de unos, el resentimiento de otros, la timidez de aquél, la pasión de mandar, el espíritu de sacrificio, la tristeza del exilado político y, en todos, la intimidad recoleta de su faceta humana, esa intimidad muchas veces tenebrosa que late en la estructura de los tejidos y que solamente es capaz de poner al descubierto la mano que sabe hacer una disección

prodigiosa. Y es que Marañón tenía algo así como un sexto sentido; era dueño de una mirada específica que sabía ahondar en el misterio biológico de cada personaje atravesando capas superficiales y llegando al meollo de cada razón de ser y de existir. Consciente de lo terrible que es el dolor de la ausencia, el maestro llevaba clavadas en el alma las palabras aquellas del filósofo cordobés desterrado en la isla de Córcega: «¡Qué sufrimiento intolerable es el vivir fuera de la patria!». De ahí que uno de sus temas predilectos en el campo universal de lo puramente histórico fuera el desterrado. Desterrados físicos, con lágrimas en los ojos y palabras extrañas en los oídos, y desterrados espirituales que, a pesar de respirar el mismo aire, se sienten desvinculados en su propio suelo. Y es que Marañón sabía que la patria no es tan sólo un trozo de geografía, un cielo y un idioma. La patria, para él y para todos los que no sufren ceguera mental, es también fraternidad, rabiosa fraternidad que estalla incontenible lo mismo en los instantes de dolor que en los de alegría.

No, no se puede vivir lejos de la patria, como escribía Séneca, el desterrado. Y Marañón, que estuvo lejos muchas veces y que pudo hacer su nido en cualquier rincón del universo con igual amorosa acogida, volvió, volvió siempre al encuentro de sus enfermos y de sus libros, sus compañeros quejumbrosos o mudos de toda la vida. Volvió porque tenía ganas de dialogar otra vez y mil veces con Antonio Pérez, con el Greco, con el Conde-Duque, con Vives, con Garcilaso, con todos los que han hecho la Historia y nos han hecho a nosotros como el mundo nos ve. Hasta que una mañana de este mismo año, al romper la primavera, ese viaje simbólico que todos los días tenía proyectado se convirtió en un auténtico viaje del que no ha de volver.

«Yo trabajo —decía— como si tuviera que tomar el tren para emprender un viaje.» Y el día acababa y Marañón no había ido a tomar el tren, sino que permanecía quieto en su biblioteca, con la pluma o el libro en la mano. Fantasmas del pasado le rodeaban amigablemente. Ahora, no. Ahora es cierto que ha emprendido un largo viaje, un viaje del que no volverá. Tristeza de exilado nos ha quedado a nosotros viéndole marchar, desnudo de equipaje, con el alma limpia y el corazón aquietado para siempre. Y nos hemos quedado atónitos viéndole ir, a pie firme nosotros en el andén de esta estación vulgar que es la vida cotidiana, mientras él, purificado de toda humana escoria, nos sonríe desde lejos.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

CAJA NACIONAL DE ACCIDENTES DE TRABAJO (I. N. P.) — DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN
ZARAGOZA

BIOMECÁNICA Y REHABILITACIÓN DE LA ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA, EN ACCIDENTADOS DE TRABAJO

POR EL

DR. A. QUINTANA MONTERO

CIRUJANO - TRAUMATÓLOGO

ZARAGOZA

La rehabilitación no es práctica reciente; los médicos militares del 14 conocieron ya su gran eficacia, propugnando la creación de centros rehabilitadores, para volver a la normalidad a sus heridos de guerra. Después, la Medicina del Trabajo, con las directrices económicas que lleva consigo, obliga a dar gran auge a todas las técnicas fisioterápicas y kinesiterápicas para lograr el menor número posible de pensionistas y el mayor número de hombres útiles para su habitual trabajo, y cuando ya no es posible, se atiende a un aprovechamiento del presunto lesionado, readaptándolo a nuevos trabajos, para los que puede ser apto, naciendo entonces el moderno concepto de la terapéutica ocupacional, con los actuales centros, ya plenamente desarrollados en algunos países, como en Inglaterra.

Estos conceptos desbordan ya la propia Medicina del Trabajo, y extienden esta arma terapéutica a muchos ramos de la Medicina: en Traumatología, en Reumatología, en Neurología, etc., se lucha por la conservación de los movimientos articulares, que constituye el primer paso de la preservación motriz y funcional. En muchas ocasiones, este desvelo por la conservación de las funciones articulares, tiene que ir asociado a la Cirugía Ortopédica y Reparatriz.

La Rehabilitación es, pues, el Arte de lograr la perdida función motriz en un segmento del organismo; pero, al mismo tiempo, es Ciencia, en cuanto precisa unos conocimientos técnicos sobre forma articular, mecanismo normal de las articulaciones, ejes de giro de las mismas, orientación de carillas articulares, causas múltiples de determinar rigidez, medios exactos de medida, etc.

Si bien ya desde la más remota antigüedad los ejercicios corporales conservaron siempre gran predicamento en su valor para la conservación de la salud y, sobre todo, de la belleza corporal —basta recordar las escrituras llegadas hasta nuestro tiempo, de las épocas del esplendor griego y romano—, su aplicación con bases científicas y, sobre todo, con miras a la recuperación de los accidentados, no se inicia hasta bien entrado nuestro siglo, adquiriendo nota de actualidad con la creación de centros y sociedades médicas, en casi todos los países, destinadas a la rehabilitación y fisioterapia.

En el año 1853, HERMANN VON MEYER publica su mecánica de las articulaciones, y, posteriormente, en 1870, CULMANN y JULIUS WOLFF nos hablan de las propiedades del tejido óseo y de su estructura, traducido en leyes matemáticas. FICK da, por fin, en 1911, lo que pudiéramos considerar la Biblia de la mecánica articular, con un acabado análisis de la misma; en 1935, STEINLER escribe su valioso volumen «Kinesiology of Human body», y en Alemania, LANZ y WACHSMUTH publican su gran tratado «Praktische Anatomie», que encierra una importante síntesis de la estática y dinámica articular. En Italia, las directrices y metodología del Instituto Rizzoli, primero con PUTTI, después con DELEITALA y posteriormente con ZANOLI, aplican intensamente los métodos goniométricos a la medida de las excursiones articulares.

Nuestro país se incorporó a este movimiento hace varios lustros, con la creación de un Centro de Reeducación de Inválidos, y posteriormente con la constitución de la Sociedad Española de Rehabilitación. Muy recientemente, el Instituto Nacional de Previsión construye un Centro Rehabilitador, que será «planta piloto» en España y en una de las regiones que aúna las circunstancias de poseer mayor número de trabajadores mineros y metalúrgicos, como es nuestra paradisíaca Asturias. Además, existían Centros de Rehabilitación anejos a la mayoría de las clínicas de Ortopedia y Traumatología; la Caja Nacional de Accidentes posee los suyos, donde se reeducan las secuelas articulares de los accidentados en el trabajo. El Instituto de Medicina e Higiene de Seguridad en el Trabajo posee una Planta Reeducacional para los mismos menesteres, y en las clínicas universitarias donde existen servicios ortopédicos, funcionan con el mismo fin.

Pero cada vez se avanza más en este aspecto, apareciendo nuevos conceptos, como son la ergoterapia y la readaptación, que llegan a desbordar el campo médico, obligando a la necesidad de colaboración con mecánicos e ingenieros para lograr el propio trabajo del productor, como medio de reeducación funcional; así vemos que en las fábricas «Wauxhall» y «Austin», de Inglaterra, ponen en prueba este gran principio revolucionario, obteniendo grandes provechos, no sólo para el lesionado, sino para la propia empresa. Consiste en talleres donde los obreros contribuyen en un trabajo en cadena, fabricando piezas que se utilizarán en la fabricación de estos automóviles. Desde el punto de vista psicológico, es un gran avance, ya que se encuentran entre camaradas con limitaciones similares, aunque en diferentes períodos rehabilitadores; así se logra luchar contra la insociabilidad, evitando la segregación voluntaria dentro de la sociedad, a que se someten muchos de estos inválidos.

En Inglaterra se lucha muy ambiciosamente en este sentido en los momentos actuales, existiendo un plan de colocación de todos los incapacitados, previo un reentrenamiento para el trabajo. Con este fin, es necesaria la creación de un registro y encuadre de todos los inválidos, previamente estudiado su estado actual y las posibilidades de mejoramiento, incluso con medios quirúrgicos, que en la mayor parte de nuestros inválidos es factible.

Sería interesante el tomar medidas de origen estatal, que obligaran a las empresas al empleo proporcional de alguno de estos inválidos, en trabajos que sin duda pueden realizar, con lo cual la economía de la industria no se vería menoscabada, y la nacional se vería en gran parte libre del peso que esto supone. Otras medidas, como por ejemplo la reserva de ciertos empleos para determinados tipos de incapacitados, sería de gran utilidad, así como la creación de talleres protegidos, en los cuales éstos podrían pasar de la inactividad a la creación de una cierta riqueza, por pequeña que ésta fuera, etc.

ANATOMÍA FUNCIONAL

Generalmente, se admite como articulación de la muñeca todo un conjunto articular, compuesto no sólo por la articulación radiocarpiana, sino también por la mediocarpiana y por las pequeñas articulaciones de los huesecillos del carpo entre sí; no es, pues, una articulación en «singular», sino que se trata de un conjunto articular que va a facilitar los diversos movimientos, pero todas ellas tienen una plena unidad, unidad anatómica en cuanto a su sinovial, pongamos por ejemplo, que suele estar en plena continuidad; en cuanto a sus ligamentos, que desbordan una o varias carillas articulares; unidad mecánico-funcional, ya que todos los movimientos implican contribución de sus diversos componentes y, en fin, unidad patológica si pensamos en procesos de iniciación localizada en una de las pequeñas articulaciones que la componen y que terminan interfiriendo sobre todo el conjunto.

Para su clasificación con respecto a su morfología, es típico el considerarlas como una cóndiloartrosis, es decir, articulaciones con superficies de contornos elipsoidales, en las que se corresponde una zona cóncava a otra convexa, aunque de diferentes radios de curvatura, para permitir una mayor amplitud de movimientos; y articulaciones artrodias, de carillas planas, que representan la unión de los diversos huesecillos que componen el carpo.

En una clasificación cinética o funcional, teniendo en cuenta la tipología constitucional anatómica, su conjunto debe de ser encuadrado en el tipo de las llamadas articulaciones a dos ejes; por lo tanto, con dos tipos de movimientos fundamentales.

A pesar de la unidad de toda la articulación de la muñeca que antes exponíamos, desde el punto de vista de una descripción anatómica con relación a su funcionalidad y determinado por la metodología, hay que describir:

1.º La articulación radiocarpiana.
2.º La articulación mediocarpiana.
3.º Las de los diferentes huesecillos entre sí.

A las que pasaremos revista someramente, según las necesidades para la explicación del mecanismo articular.

ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA

Formada por dos superficies, una antebraquial y otra carpiana, representa la primera una glena oval formada por la cara carpiana de la epífisis inferior del radio y por ligamento triangular. Por término medio, presenta unas dimensiones de cinco a cinco y medio centímetros de eje transversal y de uno y medio a dos centímetros de eje anteroposterior, recubiertas por el correspondiente cartílago articular, excepto en la zona de ligamento triangular, que es de naturaleza fibrocartilaginosa. La glena radial presenta una cresta obtusa de dirección anteroposterior, que la divide en dos porciones: la más externa, triangular, para corresponderse con el escafoides; la más interna, cuadrangular, para el semilunar. De los dos bordes, anterior y posterior, es necesario constatar que el último desciende algo más que el primero, lo que determina que la orientación de dicha carilla sea discretamente hacia adelante y hacia abajo.

Por parte del carpo, se halla el conjunto de la primera fila carpiana, la cual en sus tres primeros huesos constituye un cóndilo de menor radio de curvatura que el de la glena radial, y que presenta la particularidad de que la zona recubierta de cartílago se extiende más por la cara dorsal que por la palmar, hecho que, como veremos, está en relación con su biomecánica (fig. 1).

Como medios de unión, una cápsula laxa, con refuerzos fibrosos posteriores, anteriores y laterales que determinan sus ligamentos, y de ellos más fuertes los dos últimos que los posteriores. Los anteriores, de dirección ligeramente oblicua, individualizados por los anatómicos con el nombre de ligamentos radiocarpianos, intervienen en la mecánica arrastrando todo el carpo en los movimientos de pronosupinación. Además de estos ligamentos, que consideramos extrínsecos, señalamos otro, descrito por KUENZ, que es más bien intrínseco o interóseo, destinado a la unión del radio a escafoides y semilunar.

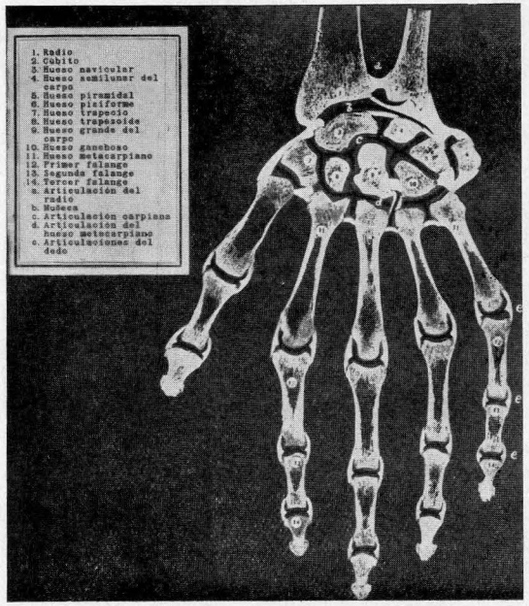


Fig. 1. — ANATOMÍA NORMAL DEL SISTEMA ÓSTEOARTICULAR CARPIANO.

La sinovial, que tapiza toda la cara profunda de la cápsula, forma pliegues y se comunica con las sinoviales vecinas e incluso envía algunas prolongaciones extraarticulares formando fondos de saco mucho más patentes en su cara dorsal.

ARTICULACIÓN MEDIOCARPIANA

Formada entre la primera fila de los huesos carpianos y la segunda, es de funcionalismo sinérgico con la radiocarpiana; se distinguen clásicamente dos porciones de distinto aspecto anatómico: la zona más externa, formada por la articulación de escafoides con trapecio y trapezoides, se la considera como una artrodia, mientras que la zona más interna es considerada como una condioartrosis. Sin embargo, con respecto a este particular, surgen disensiones, pues si la opinión expuesta es la TESTUD y SAPPEY, vemos que FICK la considera como dos enartrosis, y POIRIER como dos condiloartrosis invertidas, la externa con el ápice mirando hacia abajo y la interna en sentido contrario.

Como medio de unión, una sutil cápsula fibrosa reforzada por ligamentos palmares y dorsales, además de ligamentos laterales. Su sinovial única o tabicada posee prolongaciones ascendentes y descendentes entre los huesos de ambas filas carpianas.

ARTICULACIONES DE LOS DISTINTOS HUESOS ENTRE SÍ

Estas pequeñas articulaciones constituyen todas ellas artrodias, por poseer sus superficies planas, que se mantienen unidas por finos ligamentos con poca individualidad, tanto en la cara palmar como en la dorsal; además, la presencia de algunos más densos que por su situación son interóseos.

Así expuesto someramente este recuerdo anatómico, vemos que la articulación de la muñeca en conjunto puede ser considerada como formada por la cara inferior de la extremidad distal radial y la superior de la segunda fila carpiana, interponiéndose entre ambas, a manera de menisco completo interarticular, la primera fila, con movimientos muy particulares en el funcionalismo de ambas superficies; se trataría, pues, de un menisco intermediario de naturaleza osteofibrosa, cuyos singulares desplazamientos veremos al hablar de su mecánica, con perfecta independencia de sus movimientos, ya que aun girando en un eje transversal, realiza un discreto movimiento de extensión dorsal cuando la mano trata de flexionarse, y de flexión palmar cuando el resto de la mano trata de extenderse.

MECÁNICA ARTICULAR

El movimiento de la muñeca se compone de un mecanismo muy complejo en ambas articulaciones carpianas, que son solidarias entre sí y que ven perfeccionado el conjunto de los movimientos gracias a otros más elementales que se realizan en las articulaciones del resto de los huesos carpianos. Con el fin de comprender mejor todo el sistema mecánico y lo mismo que se realizó para el recuerdo anatómico, consideraremos primero los movimientos de cada una de las articulaciones seperadamente, y reuniremos luego éstos, para obtener la movilidad total de la muñeca.

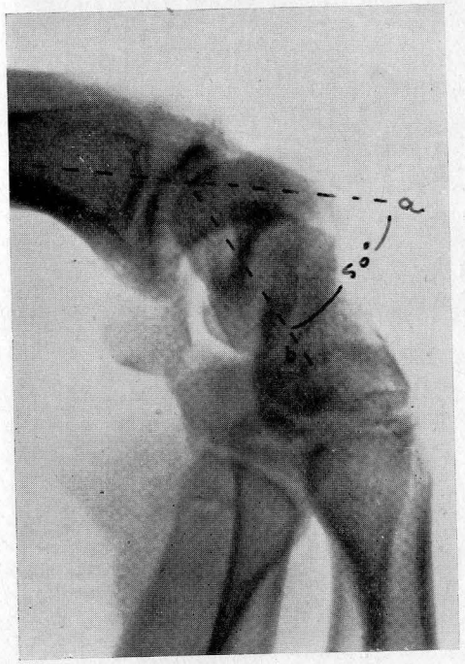


Fig. 2.—EJES DE RADIO Y SEMILUNAR EN ESTADO DE FLEXIÓN DE ARTICULACIÓN DE LA MUÑECA. ENTRE AMBOS EXISTE UN ÁNGULO DE FLEXIÓN DE 55 GRADOS, A EXPENSAS DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.

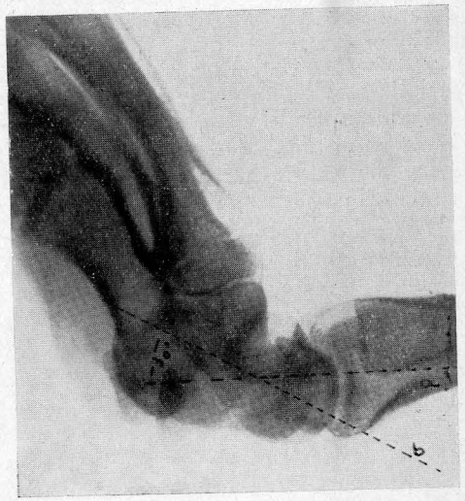


Fig. 3.—EJES DE RADIO Y SEMILUNAR EN EXTENSIÓN DE LA MUÑECA. ENTRE AMBOS EXISTE UN ÁNGULO DE 30 GRADOS, A EXPENSAS DE LA ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA.

ARTICULACIÓN RADIOCARPIANA

Ya hemos visto que se trata de una cóndiloartrosis, con cóndilocarpiano y glenoide antebraquial. Con este sistema pueden sobrevenir movimientos de flexoextensión

y de inclinación lateral; el primero se cumple en un plano sagital y, por lo tanto, alrededor de un eje frontal; este eje, que pasa por el centro del semilunar, se dirige de fuera a dentro, de arriba abajo y de atrás adelante; es, por lo tanto, un eje oblicuo, que de la parte dorsal del escafoides se dirige hacia abajo y adelante.

El movimiento de flexoextensión que se cumple en la radiocarpiana tiene una excursión total de 80 grados, de los cuales 50 son del campo flexor y 30 son del extensor. En esta articulación es donde se verifica con mayor extensión de arco la flexión del carpo. No podemos olvidar la observación frecuente de que la flexión es menos amplia cuando la mano tiene una inclinación radial y que la extensión se halla también ligeramente limitada cuando se trata de realizar con la mano una inclinación cubital (figs. 2 y 3).

La inclinación cubital se realiza en un plano frontal mediante un eje casi anteroposterior y con una amplitud que viene a alcanzar los 50 grados; se trata de un movimiento complejo, el cual podemos desdoblar en varias fases: desviación cubital, ligera extensión y rotación. La primera fila de los huesos carpianos en inclinación cubital se desvía ligeramente de dentro hacia fuera durante unos 15 grados, realizando al mismo tiempo una flexión dorsal de 40 grados y una supinación de cerca de 5 grados.

En la inclinación radial se origina el movimiento inverso: la primera fila carpiana se desvía cerca de 15 grados y se realiza al mismo tiempo una flexión palmar y una leve pronación.

Articulación mediocarpiana

Esta es una doble condiloartrosis en el concepto de Poirier, dotada de más amplia movilidad que la precedente, por lo que en nuestra opinión debe ser considerada como la verdadera articulación de la muñeca; sus movimientos se realizan tanto en el plano dorsoventral como en el frontal, lo mismo que en la precedente, pero con un eje para los movimientos de abducción o aducción inverso al de la radiocarpiana y que pasa sobre la cabeza del hueso grande.

El movimiento de flexoextensión que se realiza en esta articulación tiene una excursión total de 100 grados, siendo más amplia la extensión que la flexión, inversamente a lo que ocurre en la radiocarpiana. El movimiento de inclinación lateral tiene una amplitud total de 55 grados, repartidos en 15 para la inclinación radial y 40 para la inclinación cubital (fig. 4).

Vemos, pues, que, inversamente a lo que sucede en la articulación radiocarpiana: 1.º En el movimiento de inclinación cubital la segunda fila del carpo se desvía 25 grados en sentido cubital. 2.º En el movimiento de inclinación radial se produce una desviación de cerca de 10 grados y una extensión de la segunda fila sobre la primera, así como una leve supinación (fig. 5).

Movimientos combinados del carpo

Intentaremos describir qué movimientos se realizan en la muñeca y cuál es la resultante práctica de los desplazamientos que se verifican en las articulaciones del carpo.

Por su papel demostrativo, todavía se refleja en los textos la descripción de Henke, según la cual las dos articulaciones poseen un eje independiente perpendicular el uno al otro: el eje de la primera permitiría un eje de flexión unido al de inclinación radial, y el de la segunda, el mismo movimiento pero con inclinación cubital. La movilidad de la mano se explica así de una manera simple por combinación de los movimientos precedentes; y se admite, por ejemplo, que la flexión pura se originaría en la flexión simultánea de las dos articulaciones, compensando la inclinación radial de la una, la cubital de la otra.

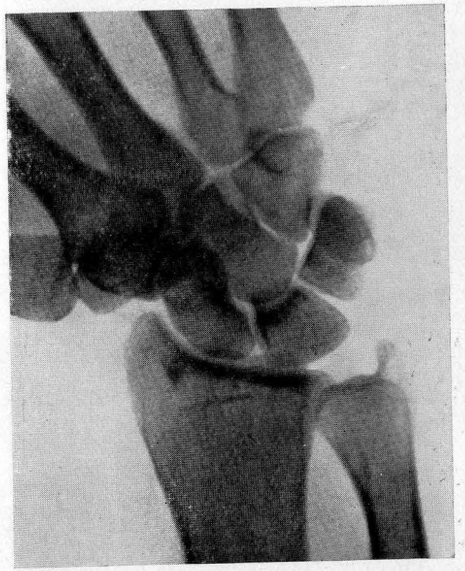


Fig. 4. — Radiografía en desviación radial de la mano. Se aprecia la mayor inclinación del eje del hueso grande con respecto al radio, que la del eje semilunar.

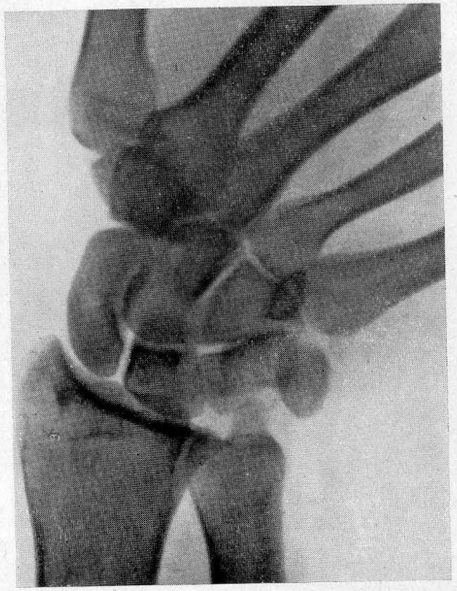


Fig. 5. — Mano en desviación cubital. Se observa mayor excursión articular sobre glenoide radial que en la desviación radial, y ésta se realiza, sobre todo, a expensas de la medio-carpiana.

En realidad, el proceso es mucho más complejo, y vamos a comenzar a analizar el movimiento de flexoextensión.

Puesto que el eje articular de la radiocarpiana se halla muy cercano al de la mediocarpiana, se puede admitir con fines prácticos que el eje de movimientos de flexoextensión de la muñeca es un eje transversal que pasa por la cabeza del hueso grande. Y como ya se ha dicho, en la flexión la primera fila carpiana se flexiona sobre el antebrazo unos 50 grados, y la segunda sobre la primera unos 30 grados (fig. 6).

En la extensión, la primera fila se flexiona dorsalmente 30 grados sobre el antebrazo, y la segunda 50 grados sobre la primera. Así pues, en la radiocarpiana se realiza sobre todo la flexión, y en la mediocarpiana se desarrolla con más intensidad la extensión (fig. 7). El movimiento de inclinación lateral hemos visto que era la resultante de movimientos elementales que conseguían un movimiento homogéneo. En la inclinación cubital se verifica simultáneamente:

a) Un movimiento de inclinación de 15 grados de la primera fila y de 25 en la segunda fila, con respecto al eje radial.

b) Una flexión dorsal de 40 grados de la primera fila, mientras que la segunda conserva su dirección primitiva.

c) Un movimiento de rotación, por el cual la primera fila carpiana se pone en ligera supinación (15 grados), mientras que la segunda, conservando su posición primitiva, hace que tome un aspecto de ligera pronación con respecto a la primera.

En la inclinación radial se originan los tres movimientos anteriores, pero en sentido inverso:

a) Un desplazamiento radial de 5 grados para la radiocarpiana y de 10 para la mediocarpiana.

b) Flexión sobre el antebrazo de la primera fila, mientras que la segunda se coloca en tensión.

c) Rotación en sentido pronador de la primera y contemporánea supinación de la segunda.

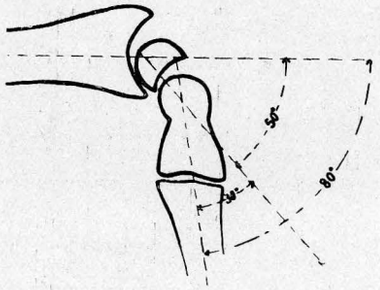


Fig. 6. — Esquema de la angulación con respecto al eje radial, en las articulaciones medio-carpiana y radio-carpiana, en estado de flexión de la mano.

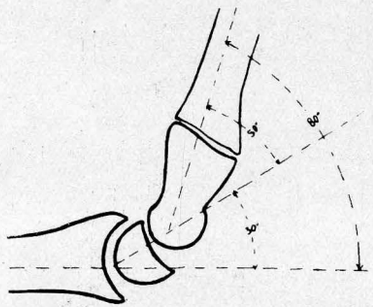


Fig. 7. — Angulos en las diversas articulaciones de la muñeca, con la mano en extensión y respecto al eje radial.

«Todos los movimientos que hemos descrito están combinados entre sí, de forma que la flexión y rotación de una articulación está compensada por la extensión y rotación inversa de la otra; siendo, en definitiva, la inclinación lateral el único movimiento que se traduce prácticamente» (Poirier).

Además de los movimientos descritos, en la muñeca se realizan todavía movimientos de rotación alrededor de un eje longitudinal, rotación hacia fuera, supinación; rotación hacia dentro o pronación, que de una posición extrema a la otra no superan los 10 grados de movilidad, con notables variaciones según los individuos. Son posibles por el gran número de carillas articulares del esclerocarpiano y traducen la pequeña movilidad que existe entre ellas.

Evaluación goniométrica

Tomando como posición cero para esta articulación la actitud en la cual el eje medio antebraquial, al ser prolongado, se corresponda con el eje del tercer metacarpiano, vamos a estudiar la excursión total de la movilidad de la muñeca, tomada sobre un goniómetro.

A partir de aquella posición cero, la movilidad de flexoextensión activa varía según los individuos entre 130 y 160 grados, con evidente variación de unos a

otros; pero en los movimientos pasivos, en los cuales no interviene la acción muscular, se logra una excursión de 10-20 grados más. De este arco total, corresponde a la extensión total un arco comprendido entre los 60 y 85 grados (fig. 8), y a la flexión una excursión que también, según circunstancias especiales, se halla comprendida entre los 70 y 80 grados (fig. 9). Estos motivos individuales, dentro de los cuales existe perfecta normalidad de movimientos, dependen de variaciones biológicas y articulares propias a cada ser humano, como son pequeñas variantes en la relación radiocubital inferior, radios más o menos en consola, grosor de ligamento triangular, extensión de cartílago articular, mayor o menor laxitud ligamentosa, discreta alteración en la orientación de la carilla inferior radial, etc., etc.

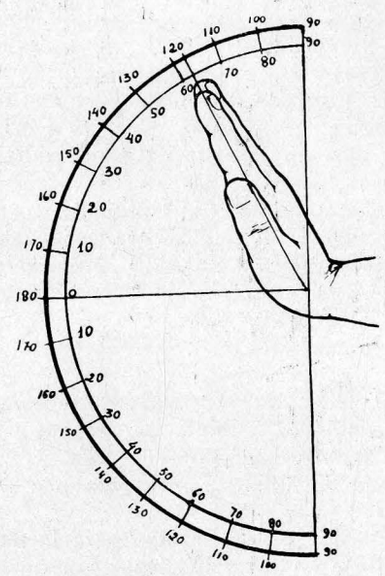


Fig. 8.—Evaluación goniométrica de la extensión de la muñeca.

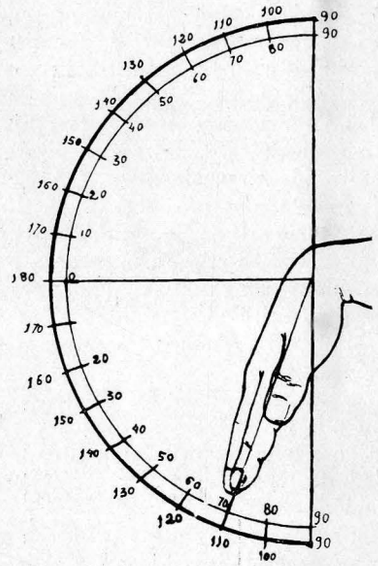


Fig. 9.—Evaluación goniométrica de la flexión de la muñeca.

Los movimientos de inclinación lateral, más sujetos a la variación individual, nos han dado las siguientes cifras: una excursión total que varía entre los 50 y 66 grados, de los cuales se reservan para aducción un arco de movimiento comprendido entre los 40 y 45 grados, y para la abducción o inclinación radial, de 20 a 25 grados. Estas cifras difieren discretamente con las dadas por Fick y Poirier, sobre todo en lo referente a los movimientos de inclinación subital y radial, para el que dan 40 grados, siendo sensiblemente mayor la cifra dada por nosotros.

En cuanto al movimiento de circunducción, del que más arriba hemos expuesto alguna idea sobre su mecánica, basta decir que realizándose sobre infinitos ejes, es la reunión de los anteriores, que podemos considerar como movimientos «tipo».

Noción de ángulo útil

Es necesario considerar que no se precisa la total movilidad articular para que se pueda considerar una articulación como elemento útil par el trabajo; ya vimos que la propia naturaleza es causa de variaciones individuales, incluso bastante ex-

tensas, que son inherentes al biotipo y que encarnadas dentro del normotipo, permiten oscilaciones de hasta 20 grados de movilidad, sin que el propio individuo se haya percatado de su existencia; pero esta noción de ángulo útil no se refiere a ella, sino que, desbordándola, admite que existiendo limitaciones de índole patológica, por lo tanto adquirida a consecuencia de trauma, pongamos por ejemplo, ésta no es suficiente a determinar una incapacidad para el trabajo.

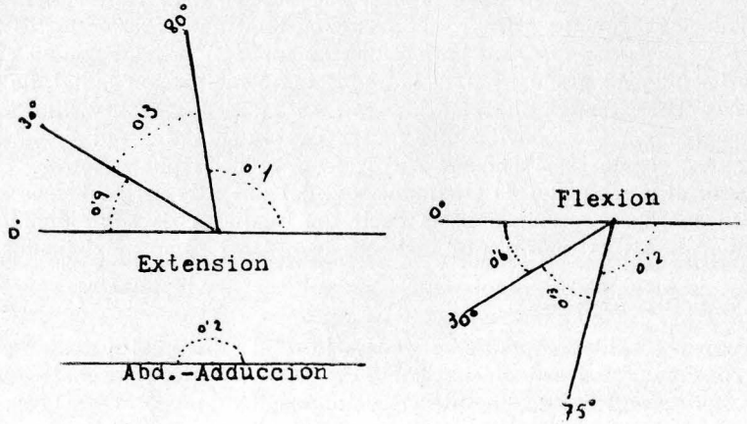
Todo nuestro organismo está provisto en su funcionalismo de un amplio margen que pudiéramos considerar de seguridad, y la limitación en los sectores extremos de algunas articulaciones —en cuyo grupo encuadramos la articulación de muñeca— no significa disminución de la función en relación con la totalidad del organismo; este concepto es sumamente interesante en la vida actual, sobre todo bajo el punto de vista de la traumatología del trabajo, que lleva consigo el amplio desarrollo de las rentas sobre la incapacidad y la limitación funcional; así como en los peritajes ante las magistraturas, en que muchas veces se olvida esta noción de «sector útil» y que limitaciones en las posiciones extremas son compatibles con un excelente funcionalismo articular, sin el más mínimo menoscabo, mientras que un déficit pequeño en aquel sector puede constituir una grave limitación en el trabajo a rendir por el productor.

Todo este concepto llevó a CH. ROCHER y a RIGAUD a crear el término de *coeficiente funcional de movilidad*, para utilizar un método en la evaluación del ángulo útil. Para ello atribuyeron a los diferentes ángulos de movilidad, coeficientes de utilidad que variaban según la situación de éstos con relación a los ángulos de máxima utilidad y también a las actitudes de máxima función. Los coeficientes más altos corresponden, como es natural, a los factores más favorables en la función articular.

Bastará multiplicar los diferentes ángulos de movilidad de una misma articulación por los coeficientes dados y sumar los resultados hallados para obtener el coeficiente total de la funcionalidad, siendo de indicar que 100 —es decir, la totalidad de movimiento— representa el coeficiente ideal y máximo para una articulación.

Así se observa que los primeros grados de flexión o de extensión para la muñeca, en general para todas las articulaciones, tiene un valor funcional superior a lo siguiente.

La gráfica de coeficientes que para la articulación de la muñeca dan estos autores es la que se refleja en los esquemas que a continuación transcribimos:



Supongamos que una articulación de la muñeca tiene los movimientos activos siguientes:

Flexión: 30 grados; extensión, 60; abducción, 35; aducción, 15.

El ángulo de flexión que se halla comprendido en el sector de 0 a 30 grados de la gráfica, debe multiplicarse por 0'9:

$$30 \times 0'9 = 27$$

La extensión real y activa comprendida entre 30 y 75 grados, debe multiplicarse por 0'3:

$$60 \times 0'3 = 18$$

La abducción de 35 grados, por 0'2:

$$35 \times 0'2 = 7$$

Y la aducción de 15 grados, también por 0'2, ya que el coeficiente es el mismo para ambos movimientos:

$$15 \times 0'2 = 3$$

La suma de todas las cifras obtenidas nos dará el *coeficiente funcional de movilidad*:

$$27 + 18 + 7 + 3 = 55\ \%$$

Lo que nos indica que esta articulación, con las limitaciones que presenta, rinde aproximadamente en el conjunto de sus movimientos la mitad de una articulación normal.

Este método nos parece sumamente interesante para plasmar sobre un informe el valor funcional de las articulaciones, sobre todo en relación con su mecánica y sin duda alguna es también de gran valor para ir conociendo los progresos que se logran en una articulación mediante el tratamiento rehabilitador, dando así confianza y perseverancia, tanto al propio enfermo como al fisioterapeuta.

MOTORES MUSCULARES

Hasta aquí hemos indicado la posición que toman cada uno de los elementos óseos, que constituyen todo este complejo articular; pero estas posiciones en los movimientos activos se logran gracias a la actuación de unos motores musculares, de los que casi todos pertenecen a la variedad de los músculos largos y poliarticulares.

En la reeducación, ya veremos que tratamos de actuar no sólo sobre los elementos propios de la articulación, sino también sobre estos músculos, sobre todo al realizar movimientos activos y contra resistencia.

Sin entrar en una prolija descripción de los mismos, que consideramos conocida por el lector y que se encuentra en los textos anatómicos con todo detalle, vamos a indicar que, con respecto a la articulación de la muñeca, se agrupan, según su función, de la siguiente forma:

1.° *Músculos flexores*, de acción propia flexora, como son el palmar mayor y menor; o bien que desarollan esta acción a través de otra función más particular de los mismos; en este caso se hallan los flexores de los dedos y el flexor propio pulgar.

2.° *Músculos extensores*, que comprenden al cubital posterior y a los dos radiales externos, y con acción indirecta de extensión, a los extensores comunes de los dedos y al propio pulgar, índice y meñique.

3.º *Músculos aductores*, como son los cubitales anterior y posterior.

4.º *Músculos abductores*, o sea, de inclinación radial, los dos radiales externos, así como el palmar mayor y, en menor grado, los propios del pulgar abductor y extensor.

Vemos, pues, que hay músculos con acción definida en un sentido de movimiento, pero que otros intervienen en dos tipos de movimientos, que nunca pueden ser opuestos, y que dependen de la acción sinérgica con los músculos vecinos, la preponderancia del movimiento en uno u otro sentido.

Limitaciones

Muchas limitaciones en la función de la articulación de la muñeca no tienen una fácil explicación, sobre todo al realizar el examen de los clisés radiológicos; pero en las lesiones traumáticas existen infinidad de causas capaces de originarlas, desde las alteraciones de los propios tegumentos, como son cicatrices hipertróficas o retráctiles, queratosis, etc., e incluso la simple adaptación de la piel a un estado de largo tiempo conservado en retracción, por la posición típica en que se ha colocado una articulación, hasta las alteraciones aponeuróticas o del sistema músculotendinoso, con el mismo proceso de retracción-adaptación que hemos invocado hace un momento para la piel. Las del sistema cápsulo-ligamentoso con retraimiento del mismo y pérdida por inactividad o «congelación» de sus fibras de todas sus propiedades elásticas; disfunciones de la sinovial, que, a pesar de ser pequeña, es capaz de alterarse en cualquiera de las capas que la forman, ya sea en la condroide con calcificaciones o retracciones, ya en la mesenquimal con alteraciones vasculares del más variado orden, que en ocasiones interfieren no sólo en ella misma, sino incluso en la distancia, dando origen a hipersecreciones y a la formación de vellosidades hiperplásicas. En otras ocasiones la limitación se halla en el propio cartílago articular —prototipo de tejido funcional—, que por inactividad, por falta de uso, sufre perdiendo su elasticidad típica e incluso llegando a desaparecer.

Por último, las causas dependientes del sistema óseo con sus cuerpos extraños articulares, aun sin significación radiológica, con las consolidaciones viciosas, que modifican en pequeña cuantía la orientación de las carillas articulares, originando incongruencias entre las mismas y continuas irritaciones en su movilidad, las ósteoporosis de diferentes tipos, etc.

Y dejamos para el final lo que se ha dado en llamar sinistrosis, de gran importancia en la traumatología actual del trabajo y que constituye una psicosis de entretenimiento por interés y donde el sujeto es parte consciente. Este síndrome, que favorece muy espcialmente la agravación de las secuelas traumáticas, debe ser detectado en presencia de un lesionado, donde la función está más agravada que lo que hacen pensar las lesiones orgánicas (Rocher).

Reeducación

Ya sabemos que la función motora no consiste sólo en un simple juego de palancas, sino que está sujeta a una gran complejidad en que los elementos musculares actúan a través de una complicada síntesis de sensaciones, conscientes unas, inconscientes las otras, pero siempre a través de nuestro sistema nervioso, integrando en tal no sólo al sistema cerebro-espinal y al vegetativo, sino también al conjunto de órganos receptores del tipo que sean (Golgi, Kuhne, Ruffini), tan

profusamente repartidos en vainas y tendones, cápsulas articulares y ligamentos, tabiques intermusculares y periostio. De ellos depende muchas veces un estado de espasticidad o de tensión que se refleja sobre la movilidad articular; son capaces de responder al estiramiento mecanoterápico con dolor y, sobre todo, originar estímulos reflexógenos originarios de contracciones musculares. Todos los músculos de nuestro organismo mantienen, gracias a estos órganos propioceptivos, un estado de contracción que llamamos tono muscular, y siempre que se realiza la contracción de un grupo, para realizar un movimiento articular, surge simultáneamente una relajación del tono del grupo muscular antagonista para permitir dicho movimiento; todo ello se realiza simultáneamente y de forma inconsciente; pero cuando, bajo el influjo de la voluntad, queremos realizar un determinado movimiento, éste tiene que tener ya en nuestro cerebro una imagen motriz, adquirida progresivamente en diferentes épocas de nuestra vida para que «el deseo» de realizar dicho movimiento pueda ser llevado a efecto mediante órdenes de ejecución que, bombardeando los centros motores rolándicos, sean transmitidas a los órganos motores, a través de la vía piramidal.

Desde el punto de vista de la movilización reeducadora, es necesario considerar dos tipos de movimientos: primero, movimientos pasivos; segundo, movimientos activos o volicionales. Tanto uno como otro son de aplicación en la reeducación de las articulaciones de la muñeca. Daremos primero algunas nociones de lo que se pretende lograr con unos y otros, para pasar luego al método de realización.

Con los movimientos pasivos, como opina Rocher, se trata de excitar los órganos propioceptivos, con el fin de reconstruir imágenes motrices que si bien no se hallan perdidas, al menos se encuentran relegadas a segundo término por la incapacidad; además, con ellos se logra una actividad muscular pasiva, con el continuo juego de agonistas-antagonistas, y, sobre todo, se estimulan una serie de vías a través de los fenómenos de estiramiento muscular, por el solo hecho de intentar distanciar los puntos de inserción. Claro está que ello, siempre que el movimiento se realice por personas experimentadas y que por sí mismo no determine dolor sobre al paciente, ya que éste sería exponente de distensiones exageradas de elementos fibroligamentosos, de rupturas fibrilares musculares o aponeuróticas, e incluso de pequeños arrancamientos periósticos que llevarían a un círculo vicioso de aumento de limitación funcional.

Con los movimientos activos, ya sean localizados sobre las articulaciones a reeducar o más generalizados, empleando las articulaciones vecinas, se busca el aumento de la fuerza muscular por hipertrofia de sus elementos, al mismo tiempo que actúa mejorando el sistema circulatorio local, abriendo e hipertrofiando nuevas vías vasculares que mejoran la nutrición de los tejidos «congelados» por la limitación y favorecen la complicada bioquímica de la contracción muscular. Estos serán realizados con estrecha vigilancia en relación a la velocidad y ritmo de los mismos, para lograr una coordinación neuromuscular que llegue a transformarlos en automáticos.

En ocasiones, y cuando este movimiento activo ha logrado una amplitud satisfactoria, pasamos a los llamados movimientos activos bajo resistencia, la cual vamos aumentando progresivamente hasta lograr al menos un ángulo útil de movilidad.

Entre estos dos tipos de movimientos colocamos lo que se ha dado en llamar las contracciones voluntarias, vayan o no seguidas de desplazamiento articular; las consideramos de gran utilidad en la articulación de la muñeca, y creemos que deben ser iniciadas al mismo tiempo que las movilizaciones pasivas, ya que su realización y la repetición de estas maniobras, con una intensa atención por parte del paciente,

va seguida en esta articulación de notables ventajas para iniciar los movimientos activos.

En muchas ocasiones practicamos toda esta clase de movimientos, previas sesiones de masaje, cámara de Bier, etc., o tras la práctica durante unos minutos de una discreta distensión muscular a lo Bugnet.

Técnica. Movimientos pasivos.—Como decíamos, en nuestro Servicio se comienza siempre con movimientos pasivos, sea cual sea la amplitud de la limitación funcional de la articulación de la muñeca. Necesario es decir que esta reeducación la iniciábamos después de un completo estudio radiográfico, pues en aquellos casos en que la limitación sea debida a causas sobre las cuales no deba actuar la mecanoterapia, no hará más que agravar el estado de déficit funcionl; tal es, por ejemplo, una fuerte desviación en la consolidación de una fractura que cambie la orientación de alguna carilla articular o bien la aparición de osteofitos reaccionales capaces de bloquear esta articulación mecánicamente, tan frecuente sobre la estiloides radial; la aparición de calcificaciones intensas ligamentosas, estados todos ellos sobre los que será necesario actuar quirúrgicamente antes de intentar su rehabilitación. No señalamos aquí la presencia de pseudoartrosis de escafoides, pongamos para el caso, capaces de por sí, en múltiples ocasiones, de originar continuas limitaciones que aunque, si bien en algún caso han logrado un grado de movilidad compatible con la función, en la mayoría no hace más que agravar su estado originando dolor, fluxión articular y más limitación.

Estos movimientos pasivos se inician con el paciente sentado y con su antebrazo perfectamente apoyado sobre el tablero de una pequeña mesa, de la que sobresalen la muñeca y la mano; el practicante monitor coge dicha mano con la suya en actitud de «dar la mano», e inicia cortos y rítmicos movimientos de flexo extensión; la presión de la mano a rehabilitar no debe ser intensa, sino suave y realizando una presión elástica para permitir los pequeños movimientos que se originan en los dedos, dependientes de la mayor o menor tirantez que existe en los tendones flexores y extensores, según que la mano se dirija a la flexión o a la extensión; es más: en muchos casos recomendamos que por el monitor se vayan favoreciendo estos movimientos.

La movilidad en abducción-aducción la realizamos de la misma manera, colocando el antebrazo apoyado sobre la mesa en posición cubital. En ocasiones, cuando vemos muy «fija» y, sobre todo, dolorosa la articulación, sin que se vea causa radiológica que lo justifique, mandamos realizar pequeñas tracciones en sentido longitudinal, manteniendo la mano en posición «O» de antebrazo y mano, ya que se logra un discreto elongamiento del complejo sistema ligamentario de la muñeca, facilitándose así la práctica ulterior de los movimientos pasivos.

No somos partidarios de los movimientos pasivos forzados en esta articulación y los tenemos proscritos en el Servicio que dirigimos; a nosotros siempre nos han determinado dolor, y cuando éste aparece es el exponente del sufrimiento de las estructuras anatómicas periarticulares, con todo el cortejo de sus fusiones sanguíneas microscópicas y retracciones cicatrizales, que, aunque sean mínimas, son capaces de despertar disfunciones simpáticas locales.

El ritmo y tiempo de duración de estos movimientos los tenemos sujetos a múltiples concausas capaces de determinar variante; depende de la pusilanimidad del paciente, del tiempo de inmovilización de la articulación, del tipo de lesión, del biotipo del enfermo, del estado de limitación, etc., aunque usamos, como norma, sesiones de diez a quince minutos, repetidas cuatro veces por día.

En cuanto logramos una movilidad de esta articulación en estudio, que permite

un recorrido de 20 a 25 grados de flexo extensión, iniciamos los movimientos activos, a los que pasamos paulatinamente, dando predominio a los pasivos y librándolos lo más posible de la acción de la gravedad.

Antes de empezar a describir éstos, queremos hacer hincapié en que dos momentos tienen gran importancia técnica en el buen logro de los movimientos pasivos en la articulación de la muñeca: *a*) la fijación segura, pero sin grandes presiones, de la porción proximal del miembro; y *b*) la utilización de la porción distal del artro a movilizar, con el mayor brazo de palanca posible. No es de menor importancia la completa relajación del enfermo, ya que todo intento de resistencia por parte del mismo dificulta esta movilidad pasiva.

Movimientos activos.—Con este nombre queremos comprender todos aquellos ejercicios metódicos que realiza el enfermo, solo o bien en combinación con diferentes artilugios mecánicos, bajo la vigilancia del practicante fisioterapeuta.

Como vemos, estos movimientos los puede realizar el paciente con completa libertad en su articulación, llegando así a lo que se ha dado en llamar rehabilitación gimnástica; la logramos previa una explicación dada al paciente del tipo de movimientos que pretendemos lograr; prácticamente son los mismos que los pasivos que practicaba el fisioterapeuta, pero en los que interviene en una manera activa la voluntad, obligando a contracciones y relajaciones musculares. Al mismo tiempo que realizan la extensión de las muñecas vigilamos que este ejercicio lo acompañen de una ligera flexión de los radios digitales, y, viceversa, en la flexión radio-carpiana, invitamos a realizar la extensión digital; con ello se logra una intensa coordinación neuro-muscular, trabajando al mismo tiempo grupos musculares de sentido opuesto e interviniendo el reflejo de relajación de los músculos antagonistas.

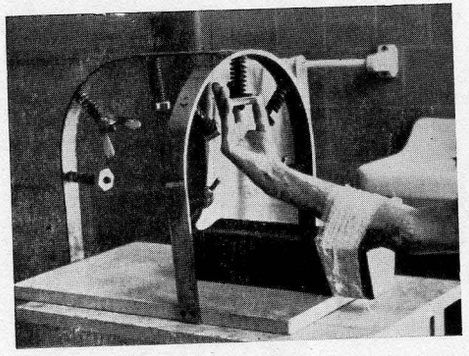


Figura 10

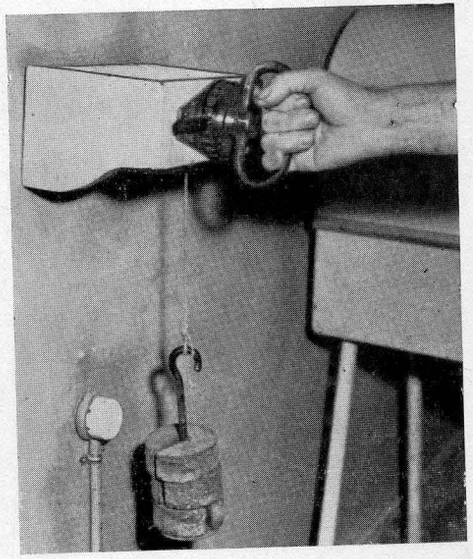


Figura 11

En ocasiones, y para que no movilicen sólo la radiocarpiana y mediocarpiana, recomendamos ejercicios activos libres, que engloban casi todas las articulaciones de carpo y mano, como es hacer y deshacer nudos en una cuerda gruesa, coger y tirar pequeñas chinas que se hallan sobre una mesa, teniendo apoyado y fijado sobre la misma el antebrazo, etc.

Pero donde se debe hablar de mecanoterapia de las articulaciones carpianas es cuando estos ejercicios se ven acompañados de la utilización de aparatos, poleas, muelles, rodillos, etc., por lo demás muy simples, pero de gran utilidad en la rehabilitación de la articulación de la muñeca; unos son favorecedores de los movimientos pasivos, como es el sistema ideado por HERZ utilizando la inercia de un volante, y, en fin, otros utilizan pequeñas resistencias a la movilidad articular; éstos los consideramos particularmente provechosos en nuestros servicios mecanoterápicos; gracias a ellos se logra un estímulo más intenso para la contracción muscular; pero es obligatorio tener en cuenta, si queremos buenos y rápidos resultados, que la resistencia que vayamos utilizando no sea superior a la potencia muscular, pues lograríamos la fatiga de éste e incluso, de persistir en nuestro empeño, bruscos alargamientos del músculo, con posibilidad de lesiones en el mismo. Con estos ejercicios activos contra resistencia, más que lograr libertad de movimientos en las articulaciones carpianas, que han debido ser obtenidos por los medios antes expuestos, tratamos de conseguir una buena capacidad motora muscular, estimular el desarrollo de los vientres musculares y que sean éstos los que realicen con mayor energía la movilidad activa de las palancas articulares, dando así, como contrapartida, mayor extensión articular.

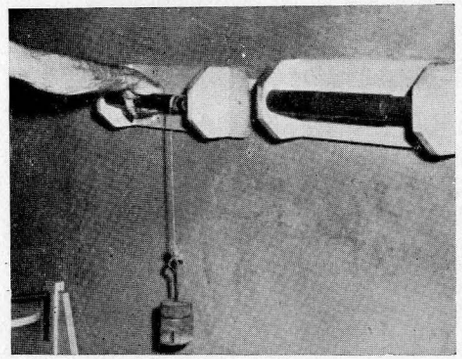


Figura 12

Un ejercicio muy sencillo y que obligamos a practicar con gran frecuencia es, simplemente, apretar contra la palma de la mano una pelota de goma elástica, de unos seis a ocho centímetros de diámetro; nosotros, con este fin, utilizamos un juego de pelotas de diversos diámetros y elasticidad.

Muy interesante consideramos también el aflojar y apretar tornillos de diversas formas y resistencia (figura 10), y si bien parece que la reeducación con estos dos últimos métodos se hace mucho más intensamente sobre los músculos intrínsecos de la mano, por el hecho de intervenir los de la motilidad digital, que son pluriarticulares, hemos observado un beneficioso efecto sobre las articulaciones del carpo, dado que exigen continuamente sobre la misma pequeños movimientos de pronosupinación; no obstante, en éstos, la rueda dentada contrapesada nos parece mucho más eficaz, y si no la describimos, por ser de todos conocida, su mecanismo es fácil de observar en la figura 11.

Los rodillos de madera contrapesados son, a pesar de su gran sencillez, altamente ventajosos, y hemos obtenido con ellos magníficos resultados cuando los ejercicios se realizaron conforme a las normas generales de toda reeducación (figura 12).

El uso de poleas, que por su sencillez es muy utilizado, es uno de los procederes más antiguos de la rehabilitación. Tiene también gran predicamento y valor en la reeducación activa de las articulaciones del carpo. Su instalación, sumamente económica, no precisa más que un sentido espacial de la movilidad carpiana por parte del encargado de vigilar dichos movimientos (figura 13). En nuestro Servicio de reeducación tenemos totalmente proscritos en el momento actual, para la rehabilitación de la muñeca, los aparatos de movilidad automática tipo Krukenberg, y los de mecanoterapia a contrapeso tipo Zander, que siguen, con pocas excepciones, la regla de las palancas a doble brazo, y que si bien como sistemas los consideramos poseedores de una gran perfección técnica, nos parecen demasiado enérgicos y hay que reconocer que no permiten obtener mejores resultados que los sencillos adminículos presentados, y en aquellos lesionados en que se lograron diversos grados de movilidad con las técnicas más arriba expuestas, ésta no se ve aumentada después de sometidos a mecanoterapia con dichas máquinas.

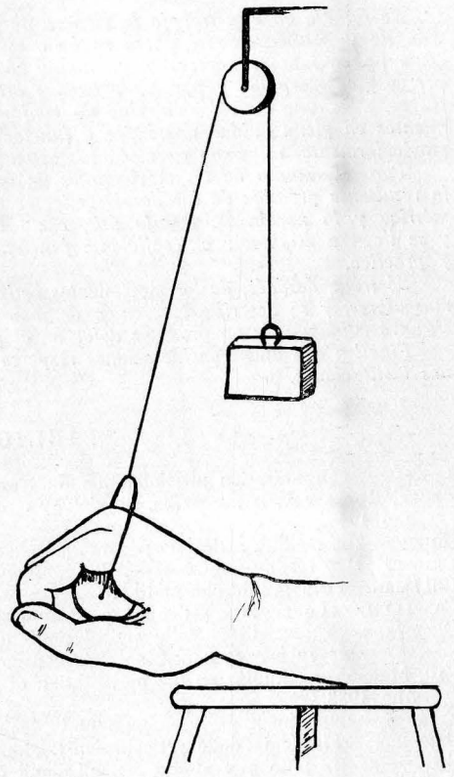


Figura 13

Nos queda únicamente indicar en algunos casos de rigidez intensa de la muñeca, en mala posición generalmente, sobrevenidos a consecuencia de tratamientos defectuosos, y en los que no se observaban alteraciones de la interlínea articular, aunque sí manifestaciones osteoporóticas o de tipo de la atrofia ósea de Sudeck, hemos iniciado el tratamiento rehabilitador con la utilización de aparatos a tracción, ya con gomas elásticas, ya con muelles, y bien de tipo ortopédico o utilizando escayolados, al mismo tiempo que se lucha contra las manifestaciones osteoporóticas por medios farmacológicos, y como tiempo preliminar a una reeducación típica, como se ha expuesto más arriba a lo largo de este trabajo. Estos sistemas deben utilizarse con ciertos cuidados y, como siempre, no apartándose de la norma general de *no producir dolor* y librándonos de la tentación, debido a la impaciencia, de obtener por medio de grandes tensiones rápidos resultados, que muchas veces son dañinos para el paciente.

La ocupacionalterapia, que tantos resultados parece que da en algunas instituciones, no ha sido utilizada por sistema en nuestros lesionados, salvo algún caso esporádico, dada la especial idiosincrasia de los mismos y acogidos a unas leyes de protección que en ocasiones se ven explotadas por el deseo de rentas vitalicias, creando tendencia a la perpetuación de una incapacidad, o bien al sistema de empresa con deseo de no admitir a su trabajo más que aquel que ocupacionalmente se halla en perfecto estado de movilidad articular, sin tener en cuenta el desarrollo paulatino de más extensos movimientos, ya que todo trabajo muscular que realiza representa un beneficio para el lesionado de buena fe, dándose cuenta el productor de la labor que está realizando e interesándose en ésta, mejorando así su disposición de ánimo al lograr un sentimiento de satisfacción y responsabilidad, a la par

que continúa ejerciendo su mecanoterapia rehabilitadora, logrando en ocasiones resultados que no se obtienen en las mejores plantas reeducativas.

RESUMEN

Se estudia en este trabajo la manera de recobrar la perdida función motriz de la articulación de la muñeca. Previamente se hace un studio anatómico prsentando a esta articulación como un conjunto articular compuesto no sólo por la articulación radiocarpiana, sino también por la mediocarpiana y por las pequeñas articulaciones de los huesecillos del carpo entre sí. No es, pues, una articulación, sino un conjunto articular, que va a facilitar los diversos movimientos en plena unidad anatómica y funcional. Cada una de estas articulaciones son descritas particularmente, así como su mecánica articular.

Para el estudio de los movimientos de la muñeca se describe cómo se realizan y cuál es la resultante práctica de los desplazamientos que se verifican. Se exponen la evaluación goniométrica y la noción de ángulo útil, como bases para precisar la total movilidad articular, y se llega a establecer el coeficiente funcional de movilidad, concepto sumamente interesante y práctico.

Se trata, después, de los movimientos activos logrados gracias a la actuación de los motores musculares, y se describe la técnica de movimientos pasivos y activos, que han de emplearse siempre cuidando de no producir dolor en el paciente.

Finaliza con unas consideraciones respecto a la ocupacionalterapia, muy empleada en algunas instituciones.

BIBLIOGRAFÍA

J. AMAR.—«Organisation physiologique du travail». Dunot, Editeurs, París.
BAUER, ROPES y WUAINE.—«The physiology of articular structures». *Physiological Reviews*, t. 20, año 1940.
BOCCHI—«Le rigidita articolari pos-traumatiche». Relaz. al 28 Cong. de la S. I. O. T., Roma, 1953.
BRIEND.—«La reeducation functionelle muscolo-articolaire». Vigot Freres, París, 1956.
CULLMAN.—«Die graphische statik».
CAPELLINI.—«Le rigidita articolari pos-traumatiche». Istituto Editoriale Medico, 1953.
DELLITALA.—«Meccanismo delle articolazioni in generale».
DEMEY.—«Mecanisme et education des mouvements». Alcan, ed., París, 1920.
ELG, MENSOR.—«Studies on the movilisation of the normal joints». *Surg. Ginecol. Obst.*, 57, 212. Año 1933.
FICK, R.—«Handbuch der Anatomie und Mechanic der Gelenke». Edit. Fischer, 1904.
GARDNER.—«Fisiologia delle articollazioni». *Am. Acad. Orthop. Surg.*, X. 1953.
GHIGI.—«Contributo allo studio articollazione della mano». *Chir. Org. Mov.*, vol. XXIV. 1938.
HERLITZKA.—«Fisiologia delle lavoro humano». Edit. Garzanti, 1948.
HURT.—«Joint measurement». *American Journal of Occupational Therapy*, 58. 1941.
LANZ, WACHSMUTH.—«Praktische Anatomie». Edit. Springer, 1935.
MOORE.—«Measurement of joint motion, technic of goniometry». *Phys. Ther. Review*, vol. 29. 1949.
PANCINO.—«Proposta di un sistema di valutazione della articolarita, in base ad un azzeramento internazionale». *Ortop. e Traum.*, vol. 23. 1955.
ROCHER.—«Methode pour la determination de l'angulation articulaire». *Bordeaux Chirurgical*, vol. I. 1943.
ROCHER y RIGAUD.—«Fonction et bilan articulaires». Edit. Masson, 1956.
STEINLER.—«Kinesiology of human body». Edit. Thomas, -953.
TESTUT.—«Tratado de Anatomía humana». Edit. Salvat.
ZANOLI.—«Apparato locomotore». Edit. Sansoni, 1953.
WIECHEC y KRUSEN.—«A new method of joint measurement and a review of the literature». *American Journal Surgery*, vol. 43. 1939.

Dirección: Laguna de Rins, 5. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

SOBRE LA PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LAS FORMAS ACTUALES DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL

POR EL

DR. J. PELÁEZ REDONDO

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA MÉDICA

SALAMANCA

Es evidente el interés que actualmente despierta el problema de la tuberculosis intestinal, a cuyo esclarecimiento vienen contribuyendo con eficacia clínicos españoles. Desde la magnífica revisión de HERNANDO [1] en 1949, se han multiplicado entre nosotros los trabajos dedicados a este tema. Recordemos las aportaciones de MARINA FIOL [2], que, iniciadas en 1943, han servido para precisar con fundamento la clínica y la radiología de estos procesos.

Aunque al hacer un estudio de conjunto de la tuberculosis intestinal es inevitable la mención de todas sus formas clínicas y aspectos morfológicos, como han hecho con acierto los ponentes de este tema [3,4,5], cuando enfocamos la cuestión desde el punto de vista concreto y limitado de lo que la actividad clínica nos enseña en la actualidad, tenemos que admitir que apenas se ven ya formas ulcerosas y que también están en vías de desaparición las estenosantes graves y las seudotumorales. Asistimos, en cambio, a un notable incremento de formas leves, de tendencia proliferativa, con pocas o nulas manifestaciones de actividad y sin signos de caseosis, que conervan la predilección topográfica por la fosa ilíaca derecha y en las que es frecuente la participación ganglionar, y muy frecuente, casi la regla, la asociación con lesiones peritoneales localizadas.

Este cambio patomórfico de la tuberculosis intestinal, señalado muy bien por CASTILLO PRADOS en su ponencia, puede ser explicado por circunstancias diversas. Es posible una atenuación de la virulencia del bacilo de Koch, pero parece más seguro que la causa fundamental radique, en parte, en la disminución de los tuberculosos pulmonares bacilíferos, y en parte también, en el aumento general de los factores de resistencia de la población. Este aumento se debe, por un lado, a circunstancias inespecíficas, como la mejoría de las condiciones de vida y de alimentación, y por otro, a factores específicos de tipo inmunitario. La tuberculización de nuestras masas alcanzó su grado máximo hace quince o veinte años, y desde entonces ha ido promoviendo un nivel de resistencia que aunque no es suficiente para evitar totalmente la enfermedad, sí lo es para lograr que la actividad de la misma sea moderada y que, por ello, predominen en clínica los casos crónicos y benignos. Esta regla general no sólo es válida para la tuberculosis pulmonar, sino también

para las localizaciones extrapulmonares de la enfermedad, y entre ellas la tuberculosis intestinal.

Admitido tal cambio en los modos de presentarse con más frecuencia la tuberculosis intestinal, tenemos que preguntarnos si para la nueva situación resultan plenamente válidas las ideas patogénicas clásicamente aceptadas. En bastantes de nuestros enfermos no se encuentra lesión pulmonar activa ni residual; en otros se ve únicamente un residuo lesional de aspecto inactivo en el parénquima pulmonar, en los hilios o en la pleura. Y en estos casos es difícil seguir aceptando la dependencia directa y próxima entre tuberculosis intestinal y tuberculosis pulmonar. De hecho, esta última puede no ser evidente, puede haber pasado desconocida y sin dejar rastro, e incluso no es seguro que haya existido. En todo caso, aun cuando haya antecedentes positivos, lo habitual es que entre el episodio pulmonar y la evidencia clínica de la tuberculosis intestinal haya transcurrido un prolongado intervalo, incluso de muchos años.

La existencia indudable de tal intervalo no nos permite negar totalmente la posibilidad de que el intestino se haya afectado primeramente por vía canicular, intestinal, aunque haya sido en época remota. Pero por el parecido que las formas clínicas actuales tienen con otras formas extrapulmonares de la tuberculosis, así como por la frecuente participación ganglionar, tanto local como a distancia, y por la casi constante asociación peritoneal, creemos que la mayoría de los casos deben ser conceptuados, desde el punto de vista patogénico, como *forma de reactivación moderada de antiguos focos hematógenos latentes.*

Junto a estas breves consideraciones patogénicas, queremos llamar la atención sobre un hecho singular, que también fue señalado en la ponencia de CASTILLO PRADOS. Se trata de la manifiesta discordancia que existe entre las formas clínicas y los resultados terapéuticos. Mientras que las formas primitivamente más graves, con signos de actividad biológica manifiesta, responden favorablemente a los tratamientos actuales, las formas leves, con poca repercusión sobre el estado general, con sedimentación y temperatura normales o poco elevadas, suelen mostrarse insensibles a los mismos. Esta paradoja, que en modo alguno es exclusiva de la infección tuberculosa, se explica provisionalmente por la consideración de que tales procesos persisten en virtud de una insuficiente defensa del organismo, con predominio de la respuesta orgánica local, fibroblástica, que tiende a encapsular el foco. Así surge un estado de equilibrio o empate en la lucha entre el germen y el huésped, que apenas puede ser modificado con nuestros tratamientos usuales, por cuanto el mismo aislamiento en que el foco se encuentra constituye un obstáculo para que lleguen hasta él nuestros antibióticos y quimioterápicos.

Por estos motivos, en el *tratamiento de la tuberculosis intestinal,* junto a las medidas encaminadas a mantener el estado general, al uso adecuado de antiespasmódicos que alivien las manifestaciones funcionales reflejas y al tratamiento específico con estreptomicina e hidrazidas, venimos tanteando hace tiempo los efectos de la llamada «estimuloterapia inespecífica», tratando de romper ese equilibrio entre virulencia y defensa que tanto dificulta la curación, a lo que a veces asociamos el «desbridamiento enzimático» con la intensión de debilitar la barrera fibroblástica aislante, e incluso de atacar las formaciones adherenciales del peritoneo, que son responsables de una buena parte de las molestias de estos enfermos.

La estimuloterapia inespecífica viene siendo empleada desde muy antiguo, habiendo visto la culminación de su popularidad en el presente siglo, después de que W. VON JUAREG demostró, en 1917, su acción beneficiosa en la parálisis general progresiva. Posteriormente fue cayendo en el olvido de los clínicos, porque no se

conocían las bases científicas de sus efectos, porque éstos entrañaban ciertos riesgos en los procesos infecciosos y de modo muy especial en la tuberculosis, así como porque posteriormente, con la aparición de las sulfamidas y los antibióticos, el pensamiento médico sufrió un notable retroceso conceptual en el terreno de la patología general de las infecciones, al atender de modo casi exclusivo a la lucha directa contra el germen, con olvido del papel que desempeña la reacción orgánica.

Después se ha ido rehabilitando el prestigio de la estimuloterapia inespecífica, en gran parte gracias a los esfuerzos de HOFF [6 7], que no ha dejado de exaltar sus beneficios desde las primeras publicaciones que hizo, antes de 1930, hasta su última monografía, en 1957. Hoy sabemos que tal procedimiento terapéutico origina un aumento general de las defensas orgánicas, tanto por favorecer la producción de anticuerpos específicos como por promover una leucocitosis, un aumento de la tasa de complemento sérico y una elevación de las cifras de properdina, previa una fugaz fase de disminución si el estímulo fue muy intenso. A esto se une un aumento de la llamada «fibrinólisis actual», cosa que encierra especial interés en el caso de la tuberculosis intestinal.

Junto a estos beneficiosos cambios generales, la estimuloterapia inespecífica produce también notables cambios locales en el foco de infección; por un lado, ocasiona en él una hiperemia que atenúa en gran parte su situación de aislamiento, y por otro, promueve un aumento local de leucocitos, sumamente eficaz desde que vamos sabiendo que la fagocitosis es fundamental para la producción de anticuerpos, según las ideas de EHRLICH [8], así como que las sustancias resultantes de la destrucción leucocitaria, los polipéptidos, estudiados en 1947 por BLOOM y colaboradores [9], y porteriormente por SKARNES y WATSON [10] y por FISCHER y RÖWE [11], en 1956 y 1957, poseen fuertes propiedades bactericidas que les han valido la denominación de «antibióticos internos».

Por otro lado, la posesión de eficaces remedios para combatir las reactivaciones focales excesivas o las posibles diseminaciones que puede ocasionar la estimuloterapia inespecífica, ha hecho que tengamos menos temor a tales efectos, que incluso en la actualidad consideramos como beneficiosos mientras se mantengan en ciertos límites.

Y, por último, el pensamiento médico, ante el fenómeno infeccioso, se ha visto obligado a volver de nuevo a cauces más biológicos, al considerar que en muchos casos la terapéutica antibiótica aislada es insuficiente y que incluso puede resultar perjudicial, influyendo desfavorablemente sobre la tasa de anticuerpos específicos y sobre algunos factores de la resistencia inespecífica. Es muy conocido el problema del tratamiento de la fiebre tifoidea con cloranfenicol, pero incluso para la penicilina ha sido señalado, por GERICKE [12], un efecto negativo sobre la cantidad de anticuerpos. Y respecto a la estreptomicina, es muy notable el trabajo de GERNAND y SCHABINSKI [13], que en los enfermos tuberculosos sometidos a tratamiento hallaron una intensa disminución de las cifras de complemento sérico. Recordemos, en relación con esto último, que ya MORO [14], en 1908, señaló como signo de mal pronóstico en la tuberculosis la disminución del complemento en el suero.

La estimuloterapia inespecífica puede realizarse con medios físicos, con estímulos sobre el sistema nervioso y con otros diversos procedimientos; cuando se quiere obtener una reacción intensa, acompañada de fuerte elevación febril, podemos recurrir a los preparados de azufre, a las heterovacunas, al Pyrifer y, sobre todo, a un preparado de lipopolisacáridos bacterianos (Pirexal), elaborado recientemente por WESTPHAL y sus colaboradores [15]. Cuando se pretende tan sólo una reacción moderada, como es lo indicado en el caso de la tuberculosis intestinal, creemos

preferible el empleo de dosis intramusculares de caseína (Caseosán) o de lipoproteínas obtenidas de la bilis y grasas animales (Omnadina).

Con la estimuloterapia inespecífica, en asociación con el tratamiento específico, hemos tratado ya a un buen número de enfermos de tuberculosis intestinal, así como de otras localizaciones de la infección tuberculosa. No podemos dar por ahora una estadística, ya que tenemos bastantes enfermos en tratamiento y sería prematuro afirmar efectos beneficiosos con el valor rotundo que encierran las cifras; pero si de algo vale nuestra impresión clínica, hemos de confesar que en muchas ocasiones se ha logrado la curación en nuestros enfermos de tuberculosis intestinal.

Como en algunos casos, a pesar de la curación biológica, persisten molestias locales en fosa ilíaca derecha, que pueden ser cargados a cuenta de las adherencias peritoneales y de las retracciones cicatrizales, hemos ensayado también un preparado de tripsina por vía intramuscular, con la intención de obtener una lisis del conectivo o «desbridamiento enzimático». Hasta ahora, nuestra impresión es poco alentadora en este sentido; pero animados por los trabajos de PUIG LA CALLE [16] y de CUSÍ y URGELL [17], el primero utilizando localmente tripsina en cirugía abdominal, y los segundos empleando alfaquimotripsina y prednisolona en oclusiones tubáricas, nos proponemos completar nuestro método de tratamiento mediante aplicaciones locales de estos preparados bajo control de laparoscopia.

* * *

A pesar de los tratamientos que actualmente hacemos, quedan bastantes enfermos de tuberculosis intestinal leve con molestias permanentes. Unas veces, éstas son poco acentuadas y actúan, sobre todo, a través del impacto psíquico que supone su permanencia. Otras son más intensas, y entonces, en especial si en la mente del enfermo o del médico no deja de rondar la idea de la llamada «apendicitis crónica», es preferible recurrir a la intervención quirúrgica, que en algunas ocasiones resuelve el problema mediante la extirpación de adherencias, eliminación del apéndice y, eventualmente, resecciones o enteroanastomosis. En el caso de las adherencias, aparece como especialmente indicada la aplicación local de alfaquimotripsina durante el acto operatorio.

RESUMEN

Se asiste hoy a una desaparición de las formas ulcerosas, estenosantes y seudotumorales; por el contrario, se incrementan las formas leves con escasas manifestaciones de actividad, sin signos de caseosis, casi siempre con participación ganglionar y asociadas a lesiones peritoneales localizadas. En el tratamiento, junto a la medicación específica y a las medidas encaminadas a mantener el estado general y aliviar las manifestaciones funcionales, se atenderá también a la estimuloterapia inespecífica, que produce notables cambios locales en el foco de infección, logrando sensibles mejorías y en muchos casos la curación. Cuando a pesar de la curación biológica, persisten molestias locales, el desbridamiento enzimático con un preparado de tripsina y las intervenciones eliminando adherencias y extirpando apéndice, completarán la acción favorable sobre estos enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1 HERNANDO, T.: *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 8, 3,, 1949.
2 MARINA FIOL, C.: *Gastroenterología*, 92, 16, 1959.
3 CASTILLO PRADOS, G.: *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 18, 1.137, 1959.
4 AMO GALÁN, A.: *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 18, 1.167, 1959.

5 QUADROS TEJEIRO, M.: *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 18, 1.186, 1959.
6 HOFF, F.: «Unspezifische Therapie...». Berlín, 1930. Springer.
7 — «Fieber, unspezifische Abwehrvorgänge...». Stuttgart, 1957. Thieme.
8 EHRICH, W. E.: «Die Entzündung». En «Handb. Allg. Path.», tomo VII. Berlín, 1956. Springer.
9 BLOOM y cols.: *J. inf. Dis.*, 80, 41, 1947.
10 SKARNES y WATSON: *J. exp. Med.*, 104, 829, 1956.
11 FISCHER, H., y RÖWE, K.: VI Congr. Soc. europ. Hematol. Conpenhague, 1957.
12 GERICKE, D.: *Die Medizinische*, 16, 539, 1952.
13 GERNAND, K., y SCHABINSKI, G.: *Dtsch. med. Wschr.*, 1957, 1.372.
14 MORO, E.: *Wien. med. Wschr.*, 1908, 31.
15 WESTPHAL, O., y cols.: *Dtsch. Ztschr. Verdauungskr.*, 15, 170, 1955.
16 PUIG LA CALLE, J.: *Medicina Clínica*, 21, 243, 1958.
17 CUSÍ, M., y URGELL, J. M.: *Rev. esp. Obst. Ginecol.* (núm. 106), 1959.

Dirección: C. de Monroy, 7. Salamanca.



Publicado también en «Revista española de las enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición». vol. XIX, 8. Madrid, 1960.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD. SAN SEBASTIÁN.

MIOPATÍA FAMILIAR

POR LOS DOCTORES

CARLOS GARCÍA DEL RÍO y JESÚS ALABA

SAN SEBASTIÁN

I

QUEREMOS dar a conocer un caso más de miopatía familiar, sin que nos guíe más propósito que el de añadir otro a la ya numerosa lista publicada sobre enfermos y herencia de la misma. Asimismo es nuestro propósito señalar algunos caracteres particulares presentados por uno u otro de los tres enfermos.

El cuadro clínico es el de la enfermedad de Duchene, parálisis pseudohipertrófica; pero mientras que en uno persiste aun en la fase hipertrófica, en los otros dos las atrofias se produjeron con mayor rapidez.

Los caracteers físicos y eléctricos de los músculos son los de toda miopatía: pseudohipertrofia e hipertrofia y atrofia; retracciones fibromusculares, contractilidad ideomuscular y ausencia de reflejos.

A continuación exponemos las historias clínicas de tres hermanos, comentando algunos caracteres puramente clínicos, advirtiendo que la evolución ha sido la habitual de este tipo de enfermedades. Unicamente queremos señalar antes, que el mayor de los hermanos tuvo durante la evolución de la misma un accidente agudo abdominal, ileoparalítico, del que curó con tratamiento, falleciendo un año después, aproximadamente, de un proceso pulmonar agudo.

Según referencias de la madre, el nacimiento, la lactancia y el crecimiento de todos los hermanos se realizó normalmente.

CASO N.º 1.—Enfermo Emilio G. Edad: 14 años. Estado: soltero. Natural de Navasfrías (Salamanca).

Antecedentes personales.—La madre refiere que siempre ha sido catarroso, desde pequeño. No recuerda otras enfermedades.

Antecedentes familiares.—Padres sanos. Cuatro hermanos. Uno falleció de afección en la garganta (¿difteria?). Los otros dos padecen afecciones musculares.

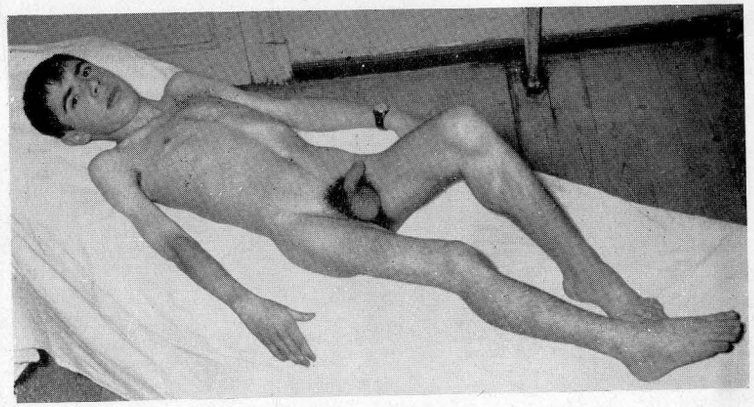
Enfermedad actual.—Refiere la madre que desde hace cuatro años comenzaron a notar que se caía al suelo, cada vez con más frecuencia y sin motivo aparente alguno. Una vez en el suelo, no se podía levantar, teniendo que ayudarle para que lo efectuara. Al mismo tiempo notaba pérdida progresiva de fuerzas, también en las extremidades superiores, hasta el punto de no poder sostener objetos de escaso cuerpo. La pérdida de fuerzas se fue acentuando, y las caídas haciéndose más frecuentes, quedando poco a poco sin fuerzas suficientes para sostenerse en pie. De esta forma, guardando cama, continúa hasta la actualidad.

Buen apetito. Come bien. Lo que come, le sienta bien. Bien de vientre. Orina bien. No fiebre ni escalofríos. No cefalea.

Exploración.—Aspecto general: enfermo en mediano estado de nutrición, con escaso panículo adiposo. Se encuentra en posición decúbito, con las piernas flexionadas sobre los muslos. Inextensibilidad de ambas piernas por anquilosis de rodilla.

Aparato respiratorio.—Tórax con atrofia de los músculos pectorales, de la fosa supra-infraespinosa. Las excursiones respiratorias son escasas. La percusión, normal. Se ausculta un soplo traqueal propagado en ambas regiones interescapulares.

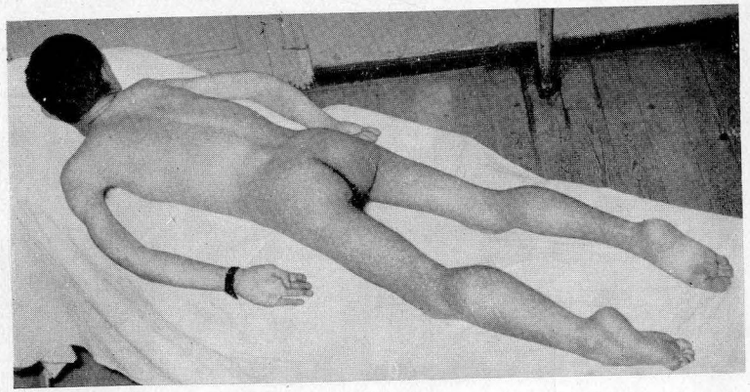
Aparato circulatorio.—Latido de la punta en quinto espacio por dentro de la línea mamilar. Matidez cardíaca normal. Tonos normales.



Aparato digestivo.—Abdomen de configuración normal. No dolor a la presión. No se palpa nada patológico.

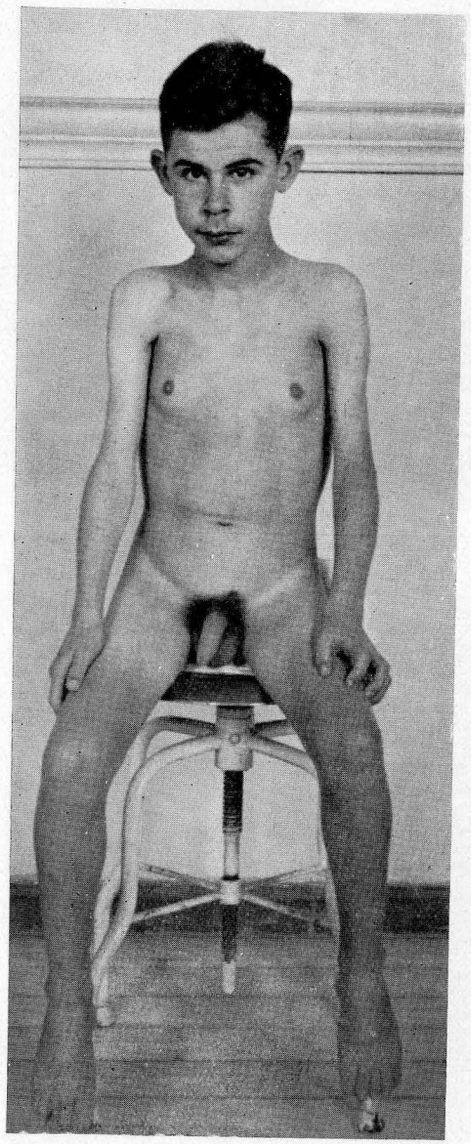
Sistema endocrino.—Ginecomastia bilateral. Caracteres sexuales primarios bien desarrollados, con hipertrofia de pene. Caracteres sexuales secundarios normales.

Sistema nervioso.—Reflejos tendinosos y periósticos normales. No Babinsky ni signos de su grupo. Sensibilidad táctil terminosa normal. Sensibilidad epicrítica normal.



Sistema muscular.—Atrofias musculares de ambos pectorales de los músculos del hombro y del brazo. Atrofias musculares de músculos de la pierna (flexores y extensores). La atrofia está más acentuada sobre los músculos gemelos, cuadríceps y músculos flexores de la pierna. La palpación acusa atrofia muscular con disminución del tamaño de los mismos, disminución de la consistencia, estando sustituídos por una masa blanda. Existe también atrofia de los músculos de la cara.

Análisis.—Orina: alb., gluc. Sedimento: no se aprecian elementos patológicos. V. S., 3'5 (I. K.). Wassermann y complementarias (—). Urea: 0'30 gr. Hemograma: hematíes, 4.100.000; leucocitos, 2.250; hemoglobina, 75 por ciento; segmentados, 75; linfocitos, 18; monocitos, 5; eosinófilos, 2; trans., 0; bas., 0.



Proteínas totales: 18'80 gr. por mil; alb.:46 gr. por mil; glob.: 32'60 gr. por mil (8'25, 7'60, 16'75).

A. G.: 1'28. Creatina: 0'60 por mil.

Tratamiento: Glicocola, Redoxón, Benerva.

Evolución.—No se obtuvo ninguna mejoría con el tratamiento efectuado ni otros posteriores similares. En su evolución tuvo un íleo paralítico que fue tratado con aspiración continua. Su afección muscular fue empeorando, con disminución progresiva de fuerza muscular y anquilosis de diversas articulaciones de extremidades inferiores. Falleció tres años después, por un proceso respiratorio agudo.

CASO N.º 2.—Fecha: 25-IV-1956. Nombre: B. G. Edad: 12 años. Natural de Navasfrías (Salamanca).

Antecedentes familiares.—Padres sanos. Cuatro hermanos; uno muerto de afección en la garganta. Difteria. Los otros dos padecen afecciones musculares crónicas (miopatía).

Antecedentes personales.—Sin interés. No recuerda haber padecido ninguna enfermedad en la infancia. La lactancia y el crecimiento, normales.

Enfermedad actual. — Desde hace un año, pérdida de fuerzas, cayéndose con frecuencia al andar. Le cuesta mucho trabajo levantarse, teniendo que ayudarse con las manos y los brazos para hacerlo. Al mismo tiempo nota que la parte posterior de ambas piernas (masas musculares) aumentan de tamaño. La fuerza en extremidades superiores está conservada. De esta forma continúa hasta la actualidad. Buen apetito. Bien de vientre. No tos ni disnea. Orina bien. No escalofríos ni fiebre. No cefalea.

Exploración.—Aspecto general: enfermo de regular estado de conservación. Buena coloración de piel y mucosas. No dolor a la percusión de cráneo.

Aparato respiratorio. — Tórax de configuración normal, con hipertrofia de trapecios y serrato mayor. Excursiones de ambos hemitórax, iguales. Percusión y auscultación, normales.

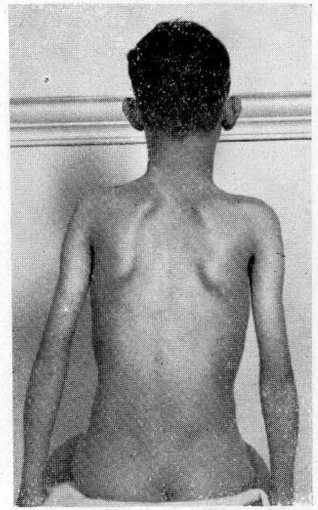
Aparato circulatorio.—Latido de la punta en quinto espacio, al nivel de línea mamilar. Matidez cardíaca ensanchada en ambas direcciones. Auscultación tonos cardíacos normales. Tensión a. y pulso, normales.

Aparato digestivo.—Boca normal. Abdomen de configuración normal. No dolor a la palpación superficial ni profunda. No se palpa nada patológico.

Sistema muscular.—Hipertrofia muscular de serratos y trapecios. Músculos faciales y músculos del cuello, normales, aunque la palpación de los mismos pone de manifiesto cierta flaccidez, hipotonía y disminución de la fuerza de los mismos. No existe facies miopática. Ligera hipertrofia del deltoides. Músculos de brazo y antebrazo, normales. Músculos abdominales, normales.

Músculos de regiones lumbares, hipotónicos y ligeramente atróficos. Hipertrofia muscular de las masas gemelares de ambas piernas y del cuadríceps derecho. Disminución de la fuerza muscular en ambas piernas. Laxitud ligamentosa más acusada en ambs mnos, pudiendo poner los dedos en hiperextensión produciéndose un ligera subluxación de articulaciones falángicas.

Sistema nervioso.—Pupilas isocóricas normorreactivas. Reflejos rotulianos abolidos. Reflejos auilíneos, normales. Reflejos tendinosos y periósticos del miembro superior, abolidos. Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa, normales. Pie derecho excavado. Deno en martillo. Babinsky y signos de su grupo (+++) en esta extremidad. En la extremidad izquierda, se inicia. Reflejos abdominales y cremastéricos, normales.



Exploración radiológica de tórax, normal.

Análisis. — Orina: albúmina, glucosa. Sedimento: no se aprecian elementos anormales. Creatina, 0'52 gr. por mil. R. y F.: hematíes, 4.286.000; leucocitos, 7.500; pn., 61; linf., 61; mono., 6; f. trans., 0; eos., 2; bas., 0.

V. S., 15 (I. K.). Wassermann y complementarias (—).

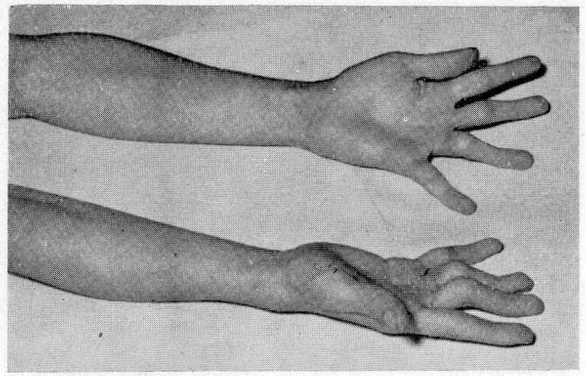
Proteínas totales: 78'3 gr. por mil. Alb.: 46'3 gr. por mil; glob.: 32'1 gr. por mil; A. G.: 1'4 (13'2, 4'6, 14'3).

Radiografía de tórax, normal. Radiografía de ambas caderas, normal, apreciándose cartílago de conjunción. Radiografía de ambas rodillas, normal. Exploración eléctrica: no hay reacción de degeneración.

Tratamiento: Glicocola. Vitaminas B y C.

15-I-1960. Evolución: El enfermo ha continuado sometido a diversos tratamientos, sin notar mejoría alguna. Por el contrario, se va acentuando la atrofia, impotencia funcional y disminución de fuerza muscular.

Nueva exploración.—Los músculos de la cara persisten normales. Extremidades superiores: atrofia de músculos del brazo: bíceps y tríceps; este último únicamente en su porción superior, estando el tercio inferior ligeramente hipertrófico. Atrofia del deltoides. Laxitud ligamentosa enorme. Atrofia de los músculos de las eminencias tenar e hipotenar. Músculos flexores de los dedos, muy ligeramente atróficos. Músculos interóseos, normales. Impotencia funcional total de extremidades superiores, siendo imposibles los movimientos de abducción y elevación de los brazos. Cuello, trapecio y esternoclaidomastoideos, normales, pero hipotónicos y con disminución de la fuerza muscular en ellos, siendo muy difíciles los movimientos de flexión y extensión de cuello.



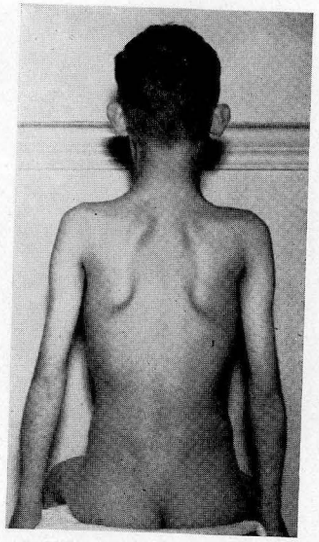
Columna vertebral: escoliosis dorsolumbar. Los músculos de los canales vertebrales son hipotónicos, fláccidos, atónicos.

Extremidades inferiores: atrofia de músculos aductores y bíceps femoral, sartorio y músculos de la pata de ganso. Cuadríceps femoral, atrófico. Fuerza muscular en muslo: nula para la aducción y abducción. La elevación es normal. Gemelos hipertróficos, pero hipotónicos; fláccidos, sin fuerza muscular. Pie equino bilateral. Reflejos patelares, abolidos. Reflejos aquilíneos, normales. No Babinsky ni signos de su grupo. Sensibilidad normal.

La palpación de los músculos da la impresión de masas semielásticas sin tonicidad alguna. La contractilidad idiomuscular está abolida.

CASO N.º 3.—Enfermo J. G. La sintomatología es similar a la de sus hermanos. Comienza a los cuatro o cinco años con dificultad en la marcha e imposibilidad de poner la planta del pie en su totalidad en el suelo. Caídas frecuentes. Disminución de fuerza muscular.

Exploración.—Estado general: deficiente estado de nutrición, con palidez de piel y buena coloración en mucosas. Exploración de aparato respiratorio, circulatorio y digestivo, normal.



Sistema muscular.—Músculos faciales, frontales, orbiculares de los párpados y de los labios, normales. Buccinadores, normales. Músculos de cuello, normales, con fuerza muscular normal (trapecio y esternocleidomastoideo). Tronco: atrofia de pectorales serrato y de músculos interespinosos. Escupalata con gran separación del borde interno de ambos omóplatos. Tórax en tonel, con protusión de apéndice xifoides. Extremidades superiores: atrofia de bíceps, tríceps y deltoides. Los músculos del antebrazo están mejor conservados, mostrando únicamente una atrofia discreta. La función, conservada. Abducción, aducción y elevación, normales. Sólo los movimientos de pronación de antebrazo están dificultados, no pudiendo realizarlos totalmente. Extremidades inferiores: atrofia discreta de los gemelos, anquilosis de ambas rodillas en flexión. Contractura de sartorio y músculos de la pata de ganso. Fuerza muscular nula, excepto para la abducción. Pie equino bilateral. Cianosis intensa de ambas regiones maleolares.

Sistema nervioso.—Pares craneales, normales. Reflejos tendinosos y periósticos, abolidos. No existe Babinsky ni signos de su grupo. Sensibilidad normal.

Sistema endocrino. — Ginecomastia bilateral marcada. Caracteres sexuales primarios bien desarrollados. Desarrollo marcado de vello púbico. No existe vello axilar. Voz bien desarrollada.

Análisis.—Colesterina, 1'60 gr. por mil; calcio, 0'90 gr. por mil. V. S., 5 (I. K.). Orina: albúmina, no contiene; glucosa, no contiene. Sedimento: no se aprecia nada patológico. Creatina, 0'28 mgr. por mil.
Exploración eléctrica: no hay reacción de degeneración.

II

Dentro de los caracteres familiares, refiere la madre que un hermano suyo (tío de los enfermos) falleció de una enfermedad similar a la de ellos.

Dentro del cuadro familiar han sido cuatro hermanos y una hermana. Uno de ellos falleció a los dos años de edad, de afección a la garganta (¿difteria?), sin haber presentado síntomas de afección muscular. Es probable que el fallecimiento estuviera antes de que comenzara la misma. De los restantes, tres hermanos y una hermana únicamente, ésta se encuentra sana; la afección, por lo tanto, sólo afectó a los varones.

Hemos de señalar, no obstante, que tanto en la madre como en la hermana se manifiestan rasgos faciales y de hipotonía muscular que recuerdan a los que tienen los enfermos.

La parálisis pseudohipertrófica es comúnmente familiar, pero no hereditaria, ya que los individuos están incapacitados, por lo común, para contraer matrimonio. No obstante, se han descrito algunos casos (pocos) de influencia de la herencia en esta enfermedad. Por otra parte, como ya hemos dicho, en la madre se encuentran algunos rasgos que hacen recordar una cierta fisonomía miopática (no ha podido ser explorada). Asimismo, como ya hemos dicho, un tío de los enfermos padecía una enfermedad del mismo tipo, no sabemos si la misma.

III

Otro dato que queremos señalar por parecernos de interés, son los caracteres endocrinos de estos enfermos. Se señalan fundamentalmente dos: la ginecomastia bilateral en el mayor y más pequeño de los hermanos, y el precoz y quizá excesivo desarrollo de los caracteres sexuales primarios. Apenas se aprecian otras alteraciones endocrinas.

La ginecomastia, como hemos dicho, se presentaba únicamente en dos hermanos, precisamente en aquellos en que la atrofia muscular era más intensa. Esto podría explicarla, ya que la conservación y aun la hiperplasia del tejido celular en esta zona, unido a la atrofia del pectoral, daría una falsa ginecomastia que nada tendría que ver con la ginecomastia verdadera.

Por otra parte, se aprecia en los tres hermanos un desarrollo precoz y excesivo de caracteres sexuales primarios, verdadera pubertad precoz, mientras que, por el contrario, el desarrollo del vello axilar se encontraba retardado. En enfermos de este tipo se describen, por el contrario, alteraciones de tipo evolutivo, como son: atrofia testicular y escaso desarrollo del pene, lo que hace poco corrientes los caracteres señalados de este tipo en los tres hermanos. Resulta difícil explicar esta anomalía, ya que no se encuentran alteraciones de ningún otro tipo, tiroideas ni suprarrenales, debiendo pensar en un origen común central.

IV

Dentro de los caracteres puramente miopáticos, que, por otra parte, entran dentro de la sintomatología habitual de la enfermedad, únicamente queremos señalar la extraordinaria laxitud ligamentosa y articular de las articulaciones falángicas del segundo de los hermanos, hasta el punto de producirse verdaderas subluxaciones en las mismas, pudiendo efectuar movimientos de hiperextensión realmente notables. El resto de los caracteres clínicos carece de interés por entrar dentro de la sintomatología habitual. Unicamente queremos señalar las anquilosis de algunas articulaciones que en los tres hermanos han sido de las rodillas y se han producido al cabo de cinco o seis años de evolución. Los caracteres radiológicos óseos y articulares no muestran tampoco ninguna anomalía digna de ser tenida en cuenta. No se aprecian tampoco anomalías cutáneas de ningún tipo. Y como ya hemoss eñalado anteriormente, el crecimiento se realizó normalmente y ha continuado realizándose —crecimiento en estatura— después del comienzo de la enfermedad y en el curso de su evolución.

RESUMEN

Se presentan tres casos de "miopatía familiar" (parálisis pseudohipertrófica), señalándose algunos caracteres de tipo familiar, endocrinológico y clínico. Se hacen algunas consideraciones sobre estos puntos, sin pretender otra cosa más que añadir otro caso a la ya numerosa casuística existente.

Domicilio: Vergara, n.º 18, 3.º. San Sebastián.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

LA COLAGÉNESIS TERAPÉUTICA POR VEGETALES EN LAS HEPATOPATÍAS

POR EL

DR. JOSÉ M.ª GONZÁLEZ-GALVÁN

SEVILLA

Axioma hepatoterapéutico:

Proteger el parénquima hepático, estimulando la secreción biliar.

LAS afecciones de la encrucijada hepato-biliar son promovidas por factores complejos en los que se mezclan la infección, el espasmo y el estasis secretorio, si bien este último es la resultante o el predominante, lo que obliga a buscar la acción terapéutica, colerética.

La acción curativa buscada se polariza en conseguir el influir con seguridad y eficacia sobre la secreción, despertando un estado perezoso culpable, capaz de realizar un drenaje sostenido del árbol biliar, «desiderátum» en la lucha contra la colostasis y la infección biliar.

La irregularidad anatómica y su complejidad contextural, glandular, canalicular, vascular y de inervación; lo tortuoso del árbol biliar, y la disposición de los esfínteres coledociano de Oddi y vesicular de Lutekens, imbrican los factores condicionales genéticos favoreciendo la infección, la inflamación y los espasmos; trilogía generadora de las hepato-colecistopatías. Vencer cada una de esas integrantes es la misión de la terapéutica.

En la revisión que sobre el tema de sustancias colagogo-coleréticas venimos haciendo desde hace tiempo, y después de haber ensayado una larga serie de preparados de síntesis, vamos ahora a ocuparnos de algunos naturales, de procedencia vegetal, los cuales forman una lista variada en la que destacan algunas que han conseguido una merecida valoración.

Agrupados sus extractos, constituyen preparados farmacológicos de más fácil manejo. Hemos elegido el denominado *Cholagutt*, el cual, gracias a la gentileza de sus preparadores, nos ha permitido un amplio ensayo clínico. Se trata de una asociación de extractos estandardizados de plantas frescas, en forma de gotas, a base de *Chelidoniun majurs*, *Menta piperita*, *Acorus calamus* y *Podophyllinun*.

Para conseguir una verdadera acción medicamentosa, el *Chelidoniun majurs* o hierba de las golondrinas, es indispensable obtenerla mejor de las raíces que de las hojas, bajo técnicas que consigan una estabilización, con lo cual es máxima la riqueza obtenida de su alcaloide. Sus acciones probadas son el producir efectos analgésicos y espasmolíticos, además de bactericidas.

Según las experiencias de EICHLER y HAHN, la semilla del cardo mariano (*Cardus marianus*) contiene un principio activo, no identificado aún por la Química,

que anula en los animales de laboratorio la acción tóxica que el tetracloruro de carbono ejerce en el hígado, haciendo incluso regresar las lesiones cuando éstas no son muy avanzadas. En el mismo sentido, los trabajos de WESTPHAL y sus colaboradores se encaminaron a controlar la sobrecarga del ácido p-oxifenil pirúvico, siguiendo en curvas gráficas el comportamiento de la bilirrubina sérica, deduciendo el favorable efecto sobre la normalidad y estímulo en las defensas, con restitución de los factores inflamatorios del parénquima.

Los efectos sobre la biligenia, seguidos por KALK y NISSEN, son de neto incremento, con un contenido paralelo en bilirrubina. Otros experimentadores (KUPLMIESER y su escuela) abundan en la mayor producción en cantidad, lo que con acierto denominan «colopoyesis».

En cuanto a la menta (*Menta piperita*), al llegar al hígado, y por su gran afinidad por los lipoides, consigue ejercer un efecto excitante. También lo ejerce sobre el esfínter de Oddi, relajándolo. Los ensayos de SIEBOLD y REIMER demostraron su acción colagoga en ratas a las que se les había inyectado en forma de emulsión. Además, en los cortes histológicos del hígado se demostró por la hiperemia correlativa a su incremento funcional. Asimismo, SCHONGE encontró mayor cantidad de estercobilina en las heces fecales, y comprobó por dosificaciones que el contenido en albúmina residual era menor, prueba de su mejor metabolismo.

Del calamo aromático (*Acorus calamus*) se sabe que aumenta la secreción y es un sedativo antiinflamatorio. La *Lavandula spica* (espliego) promueve un sinergismo a los anteriores efectos. El podofilino figura en la farmacopea clásica como excitobiliar y laxativo.

La garantía de empleo está probada por las experiencias clínicas que han sido realizadas mediante el sondaje duodenal, recogiéndose bilis en forma fraccionada antes y después de suministrar el medicamento, y cada parte examinada en cuanto al contenido en bilirrubina. Para mayor exactitud, fueron dosificados los fermentos pancreáticos.

También se han llevado a cabo pruebas para probar su tolerancia por la célula hepática mediante la sulfabromoftaleína sódica; prueba de la galactosa y exámenes reiterados de la urobilinuria. Los pacientes elegidos pertenecían a tres grupos: *a*) afectos del árbol biliar sin alteraciones glandulares; *b*) afectos del árbol biliar con alteraciones glandulares; *c*) con afecciones tan sólo de la glándula hepática. En los tres se consiguió aumentar la colagénesis, siendo el máximo en aquellos que no tenían lesiones en la glándula, en los cuales osciló hasta por encima del cuádruple, y en los portadores de lesiones glandulares, en vez y media.

Hemos seguido las observaciones durante bastantes meses, consiguiendo un protocolo de enfermos que se remonta a cincuenta y cuatro casos, que fueron estudiados mediante los análisis y pruebas necesarias, y seguidos en su curso con todo cuidado. Por su diagnóstico, se reparten según el cuadro adjunto:

DIAGNÓSTICO	N.º DE CASOS	RESULTADOS		
		BUENOS	MEDIANOS	NULOS
Colecistitis	11	9	3	—
Colelitiasis	7	5	2	1
Hepatitis	12	7	4	2
Dispepsia hepática	19	12	4	3
Cirrosis	2	—	1	1
Total	54	33	14	7

La exposición que sigue indica las características bajo las cuales actuamos, y las historias clínicas esquematizadas contribuirán a explicar las circunstancias en que se desarrollaron.

Colecistitis y colelitiasis.—Tanto por su número como por los problemas que plantean, son de las hepatopatías que más requieren fluidificar y aumentar la corriente biliar. Su curso crónico agota la paciencia y obliga al cumplimiento de los regímenes y al uso frecuente de medicaciones.

El preparado que ensayamos, por su particular acción analgésica-sedativa, añadida a la fundamental de colagogo, permite el que pueda ser empleado, caso excepcional, en las fases agudas que no sean demasiado exacerbadas, y en las subagudas, tanto en las larvadas como en los habituales cronicismos, caso insólito y debido a la suavidad con que despliega sus efectos, debiendo ser achacado a que los alcaloides del *Chelidonium* poseen un evidente comportamiento espasmolítico muy parecido al de la papaverina, y es, además, un simpaticotónico.

Conviene añadir, en favor de esta asociación de extractos vegetales, la acción protectora o antilitiásica derivada de que el aumento de la secreción biliar contrarresta a la colesterina, evitando la precipitación de los coloides protectores y la formación de centros de concreción.

CASO N.º 1.—L. M., de 32 años, dactilógrafa. Ha sufrido paratíficas. Operada de amígdalas. Ha tenido dos embarazos normales.

Lleva seis años de proceso, exacerbado durante la segunda gestación. Crisis de cólico hepático tres o cuatro veces cada año.

Temporadas de calma absoluta y épocas de dispepsia y de estreñimiento.

Colecistografía: No se descubren cálcu'os.

Toma Cholagutt durante seis meses, con ciclos de medicación y descanso. La enferma declara que se encuentra muy mejorada.

CASO N.º 2.—T. L., de 40 años de edad, casada. Operada hace tres años de quiste de ovario.

Diagnosticada de disquinesia vesicular. La enfermedad comenzó cuatro años antes, por una ictericia. Sufre de desarreglos intestinales. Adelgazamiento de cinco kilos.

Orina: Urobilina y sales biliares, positivas.

Observada durante cuatro meses, mejora el color de los tegumentos, desapareciendo el amargor de boca y las cefaleas. Engorda dos kilos.

CASO N.º 3.—M. B., mujer de 50 años. Sufrió de paludismo hace quince años. Hemorroides.

Lleva años de proceso, con dos grandes agudizaciones ictéricas y crisis vesiculares de corta duración, que requirieron inyecciones analgésicas. Cumple mal los planes dietéticos. Hizo dos temporadas de curas de aguas minerales, que le produjeron hasta un año de calma.

Se somete al tratamiento, sin que tenga durante él ninguna agudización; mejora el apetito el estreñimiento y las digestiones.

CASO N.º 4.—S. D., de 48 años de edad, modista. Ha tenido tres hijos. Está operada de apéndice. Es portadora de fuertes taras hepáticas familiares.

Durante cuatro años sufre de molestias diversas no diagnosticadas, que la llevan a la apendicectomía. En los años siguientes menudean las crisis, y nuevas exploraciones, unidas a una colecistografía, comprueban ser tipo colelitiásico. No acepta la operación, pero sigue, en cambio, diversos tratamientos.

La vemos algún tiempo después del último cólico hepático, con saburra lingual, jaqueca, vesícula sensible a la palpación y molestias postprandiales.

Fórmula leucocitaria: Leucocitos, 7.100; poli, 52 por ciento; eosinófilos, 3 por ciento; linfocitos, 28 por ciento, mononucleares, 2 por ciento; hematíes, 4.100.000.

Orina: Urobilina, +++.

Jugo gástrico: Hiperclorhidria.

Podemos vigilarla durante seis meses, con mejoría en el síndrome dispépsico. Presenta tres crisis discretas muy inferiores en duración y dolor a las que sufrió antes de estar sujeta a esta medicación.

Insuficiencia hepática.—Nos ofrece un amplio y poco concreto campo, al que se adjudica una profusión sintomática, mezclando cuadros digestivos (estómago e intestinos), sensitivos (jaquecas), dérmicos (diversas dermatosis), generales (alergia), etc., que los análisis de orina (urobilina), pruebas hepáticas, anamnesis, mueven a considerar como de causa hepatobiliar.

La dispepsia hepática, aunque imprecisa, acusa una fisonomía clínica por la cual llega a ser diagnosticada; lengua saburral, náuseas, inapetencia, pesadez, inflazón y molestias postprandiales, intolerancias alimenticias, desarreglos intestinales (diarreas alternadas de estreñimiento), astenia, cefaleas, somnolencia, propensión a las intoxicaciones alimenticias y medicamentosas, manchas pigmentarias en la piel, fenómenos digestivos propios de las personas obesas, hipercolesterinemia, etc., bajo una u otra particularidad, se encuentran en comunidad terapéutica, demandando el estimular la función biliar, con lo que se obtiene una franca mejoría.

La famosa colemia familiar hereditaria, realismo constitucional que dibuja una personalidad con todos los rasgos psicosomáticos característicos propios de la raza latina, con taras metabólicas, dermatosis, cefaleas, propensión a la obesidad y arterioesclerosis y neuropsicopatías depresivas, revelan cuando se desentraña su patogenia la participación de un factor deficitario hepático.

La pléyade de enfermos que, bajo diversas clasificaciones, forman en esta gran legión, son unas veces escogidos con facilidad y pasan a beneficiarse de la terapéutica específica; pero otras muchas ruedan por los consultorios con los más equivocados diagnósticos, hasta que la perspicacia de algún clínico desentraña su etiopatogenia y, por intuición y observación, o con las garantías de las pruebas funcionales (sobrecarga de glucosa, elementos biliares urinarios, eliminación de colorantes, etc.), denuncian la insuficiencia glandular e incluso sus lesiones cuando las pruebas lo demuestran (Takata, Hunkel, Weltman, cadmio, etc.).

CASO N.º 5.—M. C., hombre de 45 años, dedicado al comercio. Fue bebedor de vino, pero lo dejó hace tiempo.

Desde la edad de 15 años, a temporadas, molestias digestivas diversas, que han merecido distintas denominaciones, hasta hace cuatro años, en que tuvo una fugaz ictericia y quedó específica la causa hepática, siendo los tratamientos, desde entonces, a base de colagogos, que son los que más le mejoran. Su lento y prolongado cronicismo le ha hecho probar los más diversos tipos.

Cuando le vemos se queja de inapetencia, náuseas, pesadez digestiva, orinas oscuras, cefaleas, estreñimiento, prurito anal, eczema ligero en las ingles.

El análisis de orina demuestra: urobilina, urubilinógeno y sales biliares, positivas.

La curva de sobrecarga a la glucosa no revierte al inicio.

Los «tests» funcionales están apenas alterados.

Asociamos al complejo colagogo, que estudiamos, metionina y una agrupación vitamínica.

El enfermo declara haber mejorado bastante en cuanto a las náuseas y apetito; desaparece el eczema, y la orina se normaliza. Le aconsejamos que persista en la medicación.

CASO N.º 6.—M. M., de 54 años, peluquero. En sus antecedentes familiares, tiene madre obesa, y padre murió de cirrosis hepática. Una hermana padece de colecistitis. Pasó fiebres de Malta hace quince años.

Tiene facies típicas de colemia; a pesar de ello, fue bebedor, si bien más tarde lo abandonó por no tolerar el alcohol.

Tiene inveteradas y frecuentes temporadas de intoxicaciones alimenticias, desarreglos intestinales, orinas oscuras, cefaleas, amargor de boca en ayunas, flatulencia, etc.

Siempre se trató mal, por abandono y falta de recursos materiales.

Es un caso definido más por el síndrome clínico que por las investigaciones de laboratorio.

La eficacia del medicamento es buena, dentro de la relatividad marcada por un proceso constitucional.

Hepatitis.—Son vistas con frecuencia en la clínica bajo variadas formas e intensidades. En los tipos agudos, la terapéutica se fundamenta en la protección de la

célula hepática con glucosa, aminoácidos y vitaminas, prescribiendo cuantos antibióticos hagan falta. Sólo cuando devienen a estadios posteriores, en fases prolongadas, en las de tendencia al cronicismo, se ordenan los coleréticos, y así ocurrió en los que manejamos, quedando satisfechos de su comportamiento al conseguir su mayoría haciendo desaparecer la ictericia, aclarando las pigmentaciones urinarias, suprimiendo la acolia al compás de la disminución de la turgencia sensitiva glandular y la reaparición del apetito y cesación de la astenia.

CASO N.º 7. — P. D., de 33 años, mecánico, sin tara de ninguna clase.

Presenta durante dos meses una típica hepatitis afebril, con ictericia, coluria y heces acólicas, astenia y adelgazamiento, que se trata según las normas usuales, con lo que se le aclaran los tegumentos y se colorean los excrementos. Pero le queda después: inapetencia, malas digestiones, diarreas con estreñimiento intercalado.

En la orina sigue, aunque en menor cuantía, la urobilina.

Fórmula leucocitaria: Leucocitos, 7.500; poli, 54 por ciento; eosinófilos, 2 por ciento; linfocitos, 27 por ciento; mononucleares, 5 por ciento; hematíes, 3.985.000.

Los «tests» funcionales (Weltman, cadmio y Takata) permanecen bien.

Lo tratamos con vitaminas, extracto hepático y el colagogo en estudio, con una mejoría progresiva, plan que es seguido durante dos meses.

CASO N.º 8. — G. D., mujer de 56 años. Seis hijos.

Antigua reumática, después de un fuerte y prolongado ataque, que le obliga a usar muchas drogas, al que hay que añadir el abuso por su parte de comprimidos analgésicos en abundancia. Tres años antes había tenido un cuadro ictérico de ocho semanas de duración.

Cuando la asistimos presenta sensibilidad a la presión en el borde hepático y vesícula, con un acusado dolorimiento, inapetencia, malas digestiones y adelgazamiento.

El examen de orina denuncia la urobilina y demás elementos biliares.

Un tratamiento bien seguido durante mes y medio, complementado con bolsas calientes, antiespasmódicos y metionina, le devuelven la normalidad.

Cirrosis hepática.—Todavía resuena esta denominación como juicio condenatorio sin esperanzas. Esta es la opinión unánime de todos los internistas sinceros. Las fronteras entre las fuerzas terapéuticas y la imposibilidad están delimitadas por la conservación o no de zonas de parénquima glandular íntegro, siendo las reiteradas pruebas de las seroglobulinas, electroforesis, eliminación de colorantes, etc., las que dan o no optimismo, pero siempre condicionado y parco.

Hoy la fórmula de estas hepatopatías degenerativas está centrada en los extractos totales de hígado por vía intravenosa, prednisona, aminoácidos y vitaminas; pero en aquellos casos en los que aún disponen de una relativa parte de glándula conservada, pueden requerir la indicación colerética.

La limitación de estos procesos y el estar menos indicados para los colagogos, resume nuestras experiencias a sólo dos casos. Vamos a exponer, resumido, aquel en que obtuvimos algún resultado, ya que en el otro, de pronóstico serio, la prueba nada adujo.

CASO N.º 9. — T. M., de 58 años, herrero. Sufrió de tifoideas y de blenorragia en su juventud. Bebedor de vino y de licores durante muchos años, los cuales toleró bien.

Vida irregular; temporadas de gastritis hiperclorhídrica, que remedia con grandes cantidades de bicarbonato. Desarreglos intestinales. Melena hace tres años. Hemorroides con agudizaciones frecuentes.

Desde hace un año pierde peso, tiene anorexia y consigue abandonar la bebida.

Ahora presenta dolorimiento en el epigastrio y cuadro de pirosis. La palpación demuestra el borde hepático aumentado en dos traveses de dedo. No tiene circulación complementaria en forma de medusa. y no se descubre ascitis. Pequeña disnea de esfuerzo.

Jugo gástrico: Hiperclorhidria e hipersecreción.

Radioscopia: Estómago grande, algo caído, con vaciamiento completo. Sombra de la masa hepática aumentada. Aorta y corazón, grandes.

Tensión arterial: máxima, 20; mínima, 10.

Fórmula leucocitaria: Leucocitos, 6.100; poli, 50 por ciento; eosinófilos, 1 por ciento; linfocitos, 37 por ciento; mononucleares, 8 por ciento; hematíes, 3.550.000.

Wassermann: negativo.

Orina: positiva a todos los elementos biliares.

Pruebas funcionales: proteínas, electroforesis, Takata, cadmio y McLagan, positivos.

En su favor se despliega una amplia terapéutica, que, por el gran plazo de observación, permite probar las diversas indicaciones (prednisona, extracto hepático total intravenoso, vitaminas, cloromicetina, etc.), reforzadas con dicho colagogo. La evolución lenta, al parecer estabilizada, no permite señalar una definida opinión.

Los efectos deducidos de las experiencias clínicas señalan, ante todo, su buena tolerancia, incluso en los largos tratamientos seguidos durante plazos de muchos meses, en los que se conserva su gran actividad, siendo ésta suave y careciendo de acciones secundarias (paradójicamente, fuertes colereorragias y diarreas), con buena coleresis, desaparición del amargor de boca, meteorismo, mejor tolerancia alimenticia, franca acción antidolorosa espasmolítica, aun en personas habituadas al uso de los opiáceos y clásicos antiespasmódicos; disminución de los fenómenos inflamatorios, congestión hepática, tensión colecística, recogidos por la desaparición de la sensibilidad a la presión y palpación, mereciendo también consideración la excitación del apetito.

A todo ello debemos añadir el ser inofensivo, sin efectos opositores lejanos probados por los investigadores (GUNTER, BARRÉ, STOSSEL, MAGE, STEVE) sobre la fórmula sanguínea, coagulación de la sangre, funciones renales e histología hepática mediante punciones biópsicas, demostrando su absoluta innocuidad aun después de largos períodos de tiempo de ser empleado.

La afinidad de este complejo vegetal es selectiva para la célula hepática, capaz de estimular y regenerar sus funciones exógenas y endocrinas, promoviendo una amplia mejoría, rehabilitando funcionalmente la secreción mejor constituída en pigmentos y sales biliares, vetando la adiposis cual efecto lipotrópico útil, equilibrando el metabolismo del colesterol y cifras de nitrógeno y urea; en suma, desintoxicando y desarrollando la biligénesis dentro de las premisas especiales que se exigen a todos los preparados farmacológicos del campo de las hepatopatías.

RESUMEN

Se ha experimentado clínicamente la acción de sustancias colagogo-coleréticas de tipo vegetal en un lote de enfermos, seguidos durante su curso con toda atención y con todos los análisis y pruebas necesarios, con objeto de combatir los factores que condicionan la infección, inflamación y espasmo generadores de las hepato-colecistopatías.

Los resultados obtenidos señalan su buena tolerancia —incluso en tratamientos largos—, su acción suave y persistente, su franca resolución antidolorosa y disminución de los fenómenos inflamatorios, así como la mejoría general por excitación del apetito, regenerándose las funciones exógenas y endocrinas hepáticas y regularizando una buena biligénesis.

BIBLIOGRAFÍA

CAROLI.—«Maladies du foi. Maladie de voies bilieres». 1957.
KALK y NISSEN.—*Dtch. med. Schemiedbergs*, n.º 16, 1956.
EICHLER y HAHN.—*Nauyn Sch.*, n.º 67, 1949.
RAVINA.—*La Presse Medicale*, n.º 8, 1934.
TIXIER.—*Revue Medicale Française*, n.º 4, 1954.
BLAQUET.—*Les Presses Multiples*, n.º 6, 1937.
SCHENK.—*Med. Klinik*, n.º 72, 1956.
WOGT.—*Med. Welt.*, n.º 27. 1949.
TYROL.—*Wiener Med. Wschn.*, n.º 8, 1938.
MEVILHEN.—Tesis. París, 1958.

Dirección: Carlos Cañal, 6. Sevilla.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

ESBOZO DE UNA NUEVA ETIOPATOGENIA Y TERAPÉUTICA DEL CÁNCER

(COMUNICACIÓN A LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER)

POR EL

DR. JUAN CHABÁS

BARCELONA

DESVIÁNDOME de mi habitual especialización reumatológica y aplicando al cáncer mis estudios de bioquímica celular, he llegado al siguiente concepto etiopatogénico y terapéutico del cáncer, que, sintéticamente, expongo a modo de avance de un próximo extenso estudio. Como tal avance, espero se considere esta comunicación, una más de la infinidad de estudios sobre tan discutido tema.

Hace unos años, e incidentalmente, observé dos casos de cáncer con el médico que los trataba: uno en vesícula biliar y otro labial, tratados con medios fisicoterápicos e internos, sin eficacia. En presencia del compañero y siguiendo mis ensayos de oxigenoterapia en múltiples afecciones, referidos en varias monografías, ensayé en dichos casos la inyección hipodérmica de oxígeno, impregnando con 50 c. c. ambas regiones, con el consecutivo amasamiento (rechazo el galicismo «masaje») difundidor del gas.

Apenas contactado el oxígeno, observóse, como de costumbre en toda región dolorosa, el alivio del dolor, que cesó a los pocos minutos, y, además, el aspecto de la región actuada ofrecía un notable cambio de color, sonrosado. Cada tres días, repitióse la inyección, hasta seis veces.

Desde la primera inyección observóse el cese del progreso de la lesión, que aparecía como secándose, alisándose. Se estabilizó el proceso de reparación a las dos semanas, y desde entonces no se observó cambio alguno, y se consideró como curado el cáncer, ya que ni en lo local ni en el estado general se notó señal alguna de actividad durante años, y fallecieron por otras causas.

BREVES CONSIDERACIONES

No dedicado a la cancerología, y no aportando otros casos por motivos muy ajenos a mi voluntad (que atañen al compañerismo...), permítaseme algunas muy sintéticas consideraciones derivadas de conjuncionar la experiencia de esos casos con la de mi práctica oxigenoterápica en múltiples afecciones.

En ambos casos evidencióse, cual era de esperar de la función propia del oxígeno inyectado, la normalización circulatoria de la región, el aspecto de vitalización del terreno, la reducción rápida de la isquemia, de la hipoxia.

Independiente de que sea verdadera la etiología propuesta de ese proceso morboso, por virus u otro factor, creo evidente que la célula cancerosa, cual la de otros procesos degenerativos, destructivos, es célula que revela mengua de oxígeno, es célula hipóxica o anóxica, y, por consiguiente, toda terapéutica física o química, local o general beneficiosa, habrá sido, por lo pronto, oxigenante.

¿Cuántos pavorosos procesos terapéuticos resultaron al fin sencillos al ser intervenidos, y solucionados a veces por la aportación fortuita de un sencillo elemento en su conceptuación? Y... ése es el presente caso.

La comprobación de lo referido es bien sencilla. Basta con la simple insuflación de oxígeno sobre la superficie del cáncer para ya observar *in situ* el cambio de su color y estructura, como si se normalizasen. Ello se hace más patente y rápido si el oxígeno se emplea con inyección superficial o profunda, cuyo método oxigenoterápico he descrito en numerosos estudios refiriéndome a varias enfermedades, y cuyos fundamentos ampliamente razoné —hace ya veinticinco años— en mi obra «Oxigenoterapia», prologada por Marañón.

La inyección hipodérmica de oxígeno es de práctica muy sencilla, con el aliciente de ser completamente inocua, y con aparato improvisable. Basta con una jeringuilla de unos 5 c. c., o con sólo adaptar una aguja al tubo del balón de oxígeno que, presionándolo, empuja el gas hacia la aguja inyectora. Mejor es un aparato improvisable con un frasco lavador tipo Erlenmeyer, uno de cuyos dos tubos acodados, que atraviesan el tapón, se sumerge hasta la mitad del agua caliente del frasco, de la que el gas sale humedecido, atemperado por el otro tubo, no sumergido, y emerge en la aguja inyectora. La comprobación es, pues, bien sencilla, cómoda y hasta bien barata.

Sin ensayar tan sencilla terapia, ya por aireación local intensa con dicho gas o la vía hipodérmica o intramuscular, no sería justa ni digna la crítica.

Experiméntense en el cáncer esos modos de terapia oxigenante y se verá presto comprobada la referida actuación hemática sobre la disoxia o anoxia; analícese alguna preparación de la sangre local y se verá cómo con el factor oxígeno la hemoglobinación se patentiza.

Ya desde la primera actuación del oxígeno se revela la bondad de éste, tras de esa prueba tan sencilla, fácil y, sobre todo, completamente inocua, viéndose que se detiene el proceso canceroso, revelándose ese beneficio con el cambio de color y el de otros aspectos del proceso morboso, llegándose pronto a la curación, que así lógicamente puede calificarse, al persistir años y años, en esos casos.

Como todo viejo experimentador, créome vacunado contra apariencias, a veces muy engañosas, de curación. Los años de persistir ésta en los casos referidos, me parece autorizan a creerla definitiva.

Confío que otros experimentadores lleguen también a ese feliz resultado.

RESUMEN

Partiendo de la observación de que algunos cánceres han mejorado local y generalmente con el tratamiento oxigenoterápico, se apunta la hipótesis de que la célula cancerosa, como la de todos los procesos destructivos, es una célula hipóxica o anóxica, y de que, por consiguiente, toda terapéutica física o química, local o general, beneficiosa, habrá de ser oxigenante. En este sentido propugna por la terapéutica mediante la administración de oxígeno por vía hipodérmica o muscular, y señala las condiciones para su aplicación.

Dirección: Diputación, 32, 2.º 1.ª. Barcelona.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN

TIOCIANATOS EN LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO

POR

PILAR VERÁSTEGUI ORDÓÑEZ

LIMA (PERÚ)

Los tiocianatos integran en forma normal la sangre, siendo metabolitos que actúan como inhibidores de la actividad colinesterásica.

Los tiocianatos, desde el punto de vista farmacológico, son hipotensores; su posología exige control para evitar fenómenos tóxicos.

Los trabajos sobre tiocianemia, en el Perú, los inició CATALINA ROJAS CERNA, en 1948, quien estudió los tiocianatos de la sangre de personas adultas aparentemente sanas, encontrando de 0 a 0'5 mg. por ciento en el suero sanguíneo. SAMUEL LUDMIR GRIMBERG, en 1952, investigó la influencia de la acetilcolina sobre la tiocianemia del conejo; M. F. ANGELES OLIVERA, en 1956, comprobó las variaciones de la tiocianemia por acción de la cloropromacina; EVA CORREA, en 1958, apreció la acción de la reserpina sobre la tiocianemia en enfermos mentales; KATTY NÚÑEZ VIZCARRA, en el mismo año, determinó las variaciones de la tiocianemia en enfermos mentales, por acción de la perfenacina, y últimamente, en 1959, IRMA OCAMPO ALTAMIRANO determinó tiocianemia en el embarazo normal.

Este trabajo, que estudia la tiocianemia en el recién nacido, consta de las siguientes partes: En la primera expongo generalidades sobre tiocianemia; en la segunda parte refiero los conocimientos actuales sobre tiocianemia sanguínea en el recién nacido; en la tercera relato las investigaciones efectuadas e interpreto los resultados obtenidos; finalmente, formulo las conclusiones y cito la bibliografía.

Agradezco al doctor Carlos A. Bambarén, catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Marcos, de Lima, por haberme sugerido el tema y brindarme valiosa dirección; al doctor Ricardo León Causillas, jefe del Consultorio Interno de la Maternidad de Lima, quien me permitió obtener sangre del cordón umbilical de los recién nacidos en la sala de partos de ese establecimiento asistencial; al Q. F. doctor Antonio Muñoz Armestar, por haberme proporcionado facilidades para realizar la parte práctica en el Laboratorio de Control del Instituto Sanitas, y a la Q. F. señorita Ada Villanueva, hemerotecaria de la Facultad de Farmacia, quien me orientó en la elaboración de los cálculos matemático-estadísticos.

GENERALIDADES SOBRE TIOCIANATOS SANGUÍNEOS

Los tiocianatos, que entre otras actividades regulan la función tiroidea y presión arterial, los puso en evidencia en la saliva TREVIRANUS, en 1844; CLAUDIO BERNARD, en 1857, estudió el ión tiociánico probando sus propiedades tóxicas; PAULI, en 1903, señaló su importancia farmacológica, y STRAUBER y LANG, en 1934, sostuvieron que los tiocianatos de los líquidos del organismo animal provienen de algunos constituyentes de los alimentos.

Se ha probado que los tiocianatos integran la composición química de la sangre, como lo comprobó CATALINA ROJAS CERNA [41], de Lima, en 1948, al encontrar de 0 a 0'5 mg. por ciento en sujetos aparentemente sanos, y HERRERA RAMOS y VISCA [26], de Montevideo, que en 1955 encontraron como cifra media 0'41 mg. por ciento.

Los tiocianatos en el organismo animal son de origen endógeno, por conjugación de radicales que integran la molécula, y de origen exógeno, por los alimentos proteicos que tienen azufre en la suya, como son los aminoácidos, cistina, cisteína, etc.

El hombre y los animales conjugan el ácido sulfúrico con los cuerpos aromáticos hidroxilados, que se forman en la porción terminal del íleon y mitad derecha del colon por acción de bacterias intestinales, dando lugar a tiocianatos que pasan al torrente sanguíneo.

Los tiocianatos se absorben rápidamente del intestino, distribuyéndose en los líquidos extracelulares del organismo.

Los tiocianatos, gracias a las investigaciones de BARKER [8], se emplearon desde el año 1936 como agentes farmacológicos, porque al relajar los músculos lisos de las arterias combaten la hipertensión arterial.

BARKER y LINDBERG [7] pusieron de relieve que fatiga, somnolencia y lentitud mental, son síntomas que se presentan a menudo durante las primeras cuatro o seis semanas de administrar tiocianatos, y que el empleo prolongado de éstos produce anemia microcítica; si el número de hematíes disminuye entre tres y cuatro millones, el empleo de la sustancia farmacológica debe interrumpirse hasta que el número de glóbulos rojos sobrepase de los cuatro millones por c. c.

Durante el tratamiento deben hacerse exámenes periódicos de concentración del medicamento en el suero sanguíneo, y no debe permitirse que exceda de 12 a 14 miligramos por ciento. La dosis inicial media es de 0'3 gramos diarios de sal sódica o potásica, durante ocho días. La dosis de sostenimiento necesaria para obtener efectos hipotensores, sin efectos secundarios tóxicos, varía mucho desde 0'3 miligramo por semana hasta 1 gramo por semana, debiendo tenerse en cuenta la susceptibilidad del enfermo.

Cuando hay en la sangre más de 15 mg. por ciento, pueden aparecer manifestaciones tóxicas, con síntomas parecidos al yodismo, como coriza y dermatitis tóxica, que se acompaña de edema y fiebre.

Después de un tratmiento prolongado con tiocianatos, se produce aumento del tamaño en la glándula tiroides; esta hipertrofia es difusa y benigna; se ignora su significación patológica.

Vómitos y convulsiones son exponentes de intolerancia a los tiocianatos, y se dice que éstos intervienen en la génesis de la eclampsia.

Las convulsiones del recién nacido, según POTOTS CHNIG [39], fuera de predisposición, se producen por intervención del tiocianato, sobre todo en el prematuro.

La hemorragia intracraneal, la anoxia fetal y las perturbaciones de la respiración en el recién nacido, resultarían, según AREY y AREY [5], del aumento de la sulfocianatemia. También los tiocianatos dan origen a malformaciones congénitas.

Según FRACCARO y GASTALDI [21], los tiocianatos pueden lesionar el hipotálamo, que controla muchas manifestaciones neuropsíquicas y la glándula pituitaria.

Las alteraciones histológicas del encéfalo por acción del CNS, en la forma comatosa de la encefalitis infantil, las estudió BIBICOVA [12], quien comprobó en esta forma anatomoclínica de encefalitis, además de signos positivos piramidales, un puntillado microscópico de hemorragia en la región subcortical, con incremento de permeabilidad y edema de las meninges.

G. T. OPPO [36] estudió las variaciones de la sulfocianatemia en mujeres aparentemente sanas y en mujeres con afecciones ginecológicas, encontrando hiposulfocianatemia durante la fase intermenstrual, debida en parte al aumento de la hidremia.

G. ARMENIO [2] y colaboradores estudiaron en el hombre los tiocianatos en la saliva y sus variaciones cuantitativas por el humo del tabaco, tanto en los que fuman cigarros como en los fumadores de pipas; encontraron que los fumadores de cigarros presentaban mayor cantidad de tiocianatos que aquellos que fuman pipa y los no fumadores. Esto se debe a que el tabaco, durante la combustión, pasa por proceso de destilación seca, que produce, entre otras sustancias, HCN.

C. NYSTROM y BO SORBO [34] han estudiado la tiocianemia en la toxemia del embarazo y los tiocianatos contenidos en la orina, encontrando que la cifra de tiocianatos no tiene valor significativo en la toxemia del embarazo.

G. T. OPPO [37] estudió el valor de la sulfocianatemia en el embarazo normal y gestósico y en el puerperio, encontrando hiposulfocianatemia en el primer trimestre de embarazo fisiológico, e hipersulfocianatemia, en el puerperio; explica este aumento de tiocianatos en la sangre por alteraciones renales y retención de residuos sulfurados en el organismo, que es característica en la gestosis gravídica.

IRMA OCAMPO ALTAMIRANO [38], de Lima, investigó la tiocianemia en el embarazo normal y encontró que no había diferencia significativa entre la concentración de tiocianatos sanguíneos de personas aparentemente sanas y gestantes, ya sea en el primero, segundo o tercer trimestre de embarazo.

TÉCNICA PARA DETERMINAR TIOCIANATOS SANGUÍNEOS

Para cuantificar las variaciones tiocianémicas en recién nacidos, seguí la técnica propuesta por la casa «Photovolt Corporation», fabricante del fotocolorímetro Lumetrón 401-A [40]. Esta técnica la emplearon CATALINA ROJAS CERNA [43], SAMUEL LUDMIR [31], FERNANDO ANGELES [4], KATTY NÚÑEZ VIZCARRA [35] e IRMA OCAMPO ALTAMIRANO [38], de Lima.

Utilicé el fotocolorímetro de «Evelyn». Los reactivos empleados fueron: ácido tricloro-acético al 10 por ciento, ácido tricloro-acético al 5 por ciento, nitrato férrico al 5 por ciento (reactivo indicador), ácido nítrico concentrado y solución «standard» de tiocianato de potasio.

Calibración.—Se prepara una solución «standard» de tiocianato de potasio con 2 miligramos por ciento de concentración. Como el tiocianato de potasio es muy delicuescente, coloqué un frasco de tapa esmerilada a la estufa a 120°, durante dos horas; luego se llevó a un desecador de ácido sulfúrico por espacio de cuatro horas; en seguida se pesó en balanza de precisión; luego se llevó nuevamente al desecador por veinticuatro horas.

Se procedió a pesar el frasco y el tiocianato de potasio se diluyó sucesivamente hasta obtener una solución con 2 miligramos por ciento.

Para obtener el factor de calibración se tomaron cinco tubos de fotocolorímetro y en cada uno se colocó 0'1, 0'2, 0'3, 0'4 y 0'5 c. c. de solución «standard» de tiocianato. Se añadió agua destilada hasta completar en todos 5 c. c.; a cada tubo se agregaron 5 c. c. de ácido tricloro-acético al 5 por ciento más 1 c. c. de nitrato férrico al 5 por ciento; todo se mezcló bien y se llevó al fotocolorímetro de Evelyn, apreciándose con filtro 420 (azul) la densidad óptica.

He aquí el resumen de esta labor:

CONCENTRACIÓN	TRANSMISIÓN	DENSIDAD ÓPTICA	FACTOR
0'002	98	0'0088	0'2272
0'004	96	0'0177	0'2559
0'006	94	0'0269	0'2330
0'008	92	0'0362	0'2209
0'010	90	0'0458	0'2183

Para obtener el factor se aplicó la fórmula:

$$\frac{\text{Concentración}}{\text{Densidad}} = \text{Factor}$$

Con las cifras encontradas se tiene:

$$\frac{1'1153}{5} = 0'2230$$

El factor se transformó en densidad óptica, aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Concentración} = \text{Factor de calibración} \times D \times \frac{100}{0'50}$$

Modus operandi.—Se recogieron 5 c. c. de sangre del cordón umbilical de la porción correspondiente al feto, en el momento que se cortó y se hizo la ligadura respectiva, y se colocaron en tubo de centrífuga seco y estéril. El suero se obtuvo por centrifugación a 2.000 r. p. m., durante diez minutos.

Se tomó 1 c. c. de suero y se añadieron 4 c. c. de agua destilada más 5 c. c. de ácido tricloro-acético al 10 por ciento; se agitó bien y se dejó en reposo durante diez minutos; luego se filtró.

Se colocan 5 c. c. del filtrado claro en un tubo de fotocolorímetro; se le añaden 5 c. c. de agua destilada, 10 gotas de ácito nítrico concentrado y 1 c. c. de nitrato férrico al 5 por ciento, que es el reactivo indicador; se mezcla bien y se lleva al fotocolorímetro, utilizando filtro 420, para apreciar la intensidad del color producido.

Para hallar el porcentaje de tiocianatos se aplicó la fórmula correspondiente. El color apareció a los tres minutos, que es el tiempo necesario para que se produzca tiocianato férrico.

Investigaciones efectuadas e interpretación de los resultados

Se determinó tiocianatos en 210 sujetos, que correspondieron a:

20 mujeres no embarazadas, aparentemente sanas
169 recién nacidos en la Maternidad de Lima
21 mujeres en puerperio.

Los 169 recién nacidos procedían:

127 de gestantes normales
24 de embarazadas con edemas
10 de grávidas pre-eclámpticas, y
8 de gestantes con hepatopatías.

Los resultados que obtuve van a continuación:

TIOCIANEMIA EN MUJERES APARENTEMENTE SANAS, NO GESTANTES

Casos	Nombre	Edad	Tiocianemia mg. %
1	L. O.	28	0'58
2	C. Z.	25	0'58
3	A. M. L.	14	0'58
4	R. M.	24	0'69
5	E. C.	37	0'94
6	Y. Z.	32	0'95
7	Z. V.	20	1'09
8	A. T.	24	1'19
9	C. M.	20	1'19
10	C. B.	28	1'34
11	N. M.	30	1'34
12	A. V.	25	1'34
13	T. T.	22	1'40
14	E. P.	32	1'40
15	M. S.	29	1'48
16	R. S.	24	1'56
17	A. V.	28	1'56
18	L. V.	28	1'61
19	M. V.	22	1'61
20	E. F.	28	1'87

Los cálculos matemático-estadísticos de los resultados proporcionaron los siguientes coeficientes:

Tiocianemia en mujeres normales no gestantes	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. Var.	Cifras extr.
	1'22 ± 0'818	0'368 ± 0'0581	30'16 %	0'58 - 1'87

TIOCIANEMIA EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES NORMALES

Casos	Nombre	Edad	Sexo	Tiocianemia mg. %
1	M. Z.	39	V.	0'39
2	T. R.	24	V.	0'64
3	C. Ch.	25	V.	0'74
4	I. M.	20	M.	0'78
5	N. S.	22	M.	0'78
6	M. N.	16	M.	0'78
7	E. M.	27	V.	0'78
8	L. M.	24	V.	0'78
9	E. C.	18	V.	0'78
10	I. V.	24	V.	0'78
11	I. V.	40	V.	0'78
12	A. R.	27	M.	0'78
13	A. C.	37	M.	0'89
14	M. C.	22	M.	0'94
15	P. T.	24	V.	0'94
16	T. T.	40	V.	0'94
17	B. G.	26	V.	0'94
18	E. N.	22	V.	0'94
19	M. A.	22	V.	0'95
20	C. S.	31	M.	0'95
21	Q. V.	30	M.	0'95
22	J. V.	25	M.	0'95
23	E. Ch.	34	V.	0'95
24	M. V.	18	V.	0'95
25	E. Y.	20	V.	0'95
26	A. V.	34	M.	0'95
27	I. A.	34	V.	0'95
28	M. G.	20	V.	0'95
29	Y. H.	23	V.	1'04
30	M. S.	37	M.	1'04
31	F. F.	33	M.	1'09
32	B. H.	32	M.	1'09
33	S. H.	19	V.	1'09
34	P. L.	27	M.	1'09
35	R. J.	24	M.	1'09
36	V. E.	30	M.	1'09
37	D. D.	28	M.	1'09
38	F. V.	20	M.	1'09
39	D. F.	18	V.	1'09
40	O. C.	37	M.	1'14
41	E. S.	20	V.	1'14
42	N. T.	27	M.	1'14
43	J. C.	24	M.	1'14
44	I. C.	22	M.	1'19
45	F. G.	18	M.	1'19
46	J. A.	26	V.	1'19
47	D. L.	24	M.	1'19
48	J. D.	28	V.	1'19
49	M. C.	23	M.	1'19
50	O. S.	25	M.	1'19
51	C. S.	25	V.	1'19
52	U. A.	30	M.	1'19
53	A. V.	26	V.	1'19
54	R. G.	18	M.	1'25
55	B. P.	28	M.	1'25

Casos	Nombre	Edad	Sexo	Tiocianemia mg. %
56	E. A.	25	V.	1'30
57	M. C.	27	V.	1'30
58	C. J.	23	V.	1'30
59	D. C.	21	M.	1'30
60	L. M.	25	M.	1'30
61	O. L.	22	V.	1'30
62	L. P.	28	V.	1'30
63	M. T.	26	M.	1'35
64	M. R.	26	V.	1'35
65	M. C.	15	V.	1'35
66	B. H.	19	V.	1'35
67	C. V.	29	V.	1'40
68	E. A.	44	M.	1'40
69	F. A.	39	V.	1'40
70	Y. M.	23	M.	1'40
71	E. T.	18	M.	1'40
72	A. V.	28	V.	1'40
73	C. G.	17	M.	1'40
74	G. M.	24	M.	1'40
75	R. G.	26	M.	1'40
76	G. C.	30	V.	1'40
77	R. S.	21	V.	1'40
78	A. B.	24	V.	1'40
79	C. C.	24	V.	1'45
80	R. A.	24	M.	1'46
81	T. L.	23	V.	1'51
82	J. R.	35	M.	1'51
83	A. C.	35	M.	1'51
84	C. E.	24	V.	1'51
85	C. B.	34	V.	1'51
86	B. G.	29	V.	1'51
87	S. M.	22	M.	1'56
88	A. C.	29	M.	1'61
89	D. A.	23	M.	1'61
90	M. N.	20	V.	1'61
91	O. M.	34	M.	1'61
92	M. N.	19	M.	1'61
93	J. R.	19	V.	1'61
94	A. R.	34	V.	1'61
95	F. N.	20	V.	1'61
96	I. R.	20	M.	1'61
97	N. N.	26	V.	1'61
98	R. T.	30	M.	1'61
99	V. F.	30	V.	1'61
100	C. S.	21	V.	1'61
101	M. G.	20	V.	1'61
102	L. C.	28	M.	1'72
103	B. C.	42	V.	1'72
104	I. S.	36	V.	1'72
105	M. A.	25	V.	1'72
106	M. M.	24	V.	1'82
107	C. A.	23	M.	1'82
108	M. L.	28	M.	1'82
109	A. V.	41	V.	1'82
110	F. Ch.	22	V.	1'82
111	E. F.	30	V.	1'82
112	S. A.	37	V.	2'04
113	M. R.	22	M.	2'04

Casos	Nombre	Edad	Sexo	Tiocianemia mg. %
114	G. F.	19	V.	2'04
115	B. B.	28	V.	2'04
116	N. H.	20	V.	2'04
117	H. F.	19	V.	2'04
118	Z. R.	24	M.	2'04
119	O. F.	29	M.	2'04
120	V. M.	32	V.	2'04
121	F. G.	23	M.	2'04
122	V Ch.	21	M.	2'09
123	J. R.	17	V.	2'14
124	M. G.	32	V.	2'36
125	P. G.	21	M.	2'36
126	C. F.	23	V.	2'64
127	G. V.	25	M.	2'69

El análisis matemático-estadístico de los resultados fue el siguiente:

	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. Var.	Cifras extr.
Tiocianemia en recién nacido de gestantes normales	1'226 ± 0'0654	0'7380 ± 0'0463	60'10 %	0'39 - 2'69

TIOCIANEMIA EN EL PUERPERIO

Casos	Nombre	Edad	Tiocianemia mg. %
1	T. R.	24	0'39
2	N. S.	22	0'39
3	G. T.	18	0'39
4	M. G.	20	0'44
5	L. M.	24	0'44
6	A. C.	29	0'44
7	.I. M.	20	0'53
8	M. C.	22	0'53
9	M. Z.	39	0'58
10	M. A.	22	0'58
11	A. V.	28	0'58
12	I. C.	22	0'58
13	C. S.	31	0'58
14	M. N.	16	0'58
15	C. C.	24	0'58
16	F. N.	21	0'58
17	F. G.	18	0'89
18	D. E.	18	0'94
19	J. C.	28	0'95
20	E. M.	27	0'95
21	A. B.	31	1'09

El análisis matemático-estadístico de los resultados fue el siguiente:

	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. Var.	Cifras extr.
Tiocianemia en puerperio	0'5830 ± 0'0504	0'2310 ± 0'0356	39 %	0'39 - 1'09

TIOCIANEMIA DE RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES CON HEPATOPATÍAS

Casos	Nombre	Edad	Sexo	Tiocianemia mg. %
1	N. S.	22	M.	0'78
2	E. G.	39	M.	1'14
3	J. D.	28	V.	1'19
4	L. F.	18	V.	1'30
5	B. G.	31	V.	1'30
6	T. G.	29	V.	1'40
7	A. B.	31	M.	1'40
8	V. T.	30	V.	1'51

El análisis matemático-estadístico de estos resultados fue el siguiente:

Tiocianemia en recién nacidos de embarazadas con hepatopatías	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. Var.	Cifras extr.
	1'25 ± 0'083	0'22 ± 0'058	2'70 %	0'78 - 1'51

TIOCIANEMIAS EN RECIÉN NACIDOS DE GESTANTES CON EDEMAS

Casos	Nombre	Edad	Sexo	Tiocianemia mg. %
1	A. C.	18	V.	0'78
2	M. Ch.	31	V.	0'95
3	E. A.	35	M.	0'95
4	B. C.	16	V.	1'04
5	M. O.	24	V.	1'09
6	R. L.	30	V.	1'14
7	A. M.	20	M.	1'19
8	J. A.	20	V.	1'19
9	V. F.	25	V.	1'19
10	J. R.	25	M.	1'25
11	E. S.	37	V.	1'30
12	E. C.	23	V.	1'35
13	L. P.	18	V.	1'35
14	D. C.	37	V.	1'40
15	C. G.	26	M.	1'40
16	S. R.	21	M.	1'56
17	V. G.	24	M.	1'56
18	G. M.	21	V.	1'61
19	L. A.	33	M.	1'66
20	J. G.	26	M.	1'72
21	R. N.	28	M.	1'93
22	M. C.	34	M.	1'98
23	T. C.	29	M.	2'04
24	A. F.	28	M.	2'04

El análisis matemático-estadístico de los resultados fue el siguiente:

Tiocianemia en recién nacidos de gestantes con edemas	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. Var.	Cifras extr.
	1'4160 ± 0'0706	0'3460 ± 0'0499	24'43 %	0'78 - 2'04

TIOCIANEMIA EN RECIÉN NACIDOS DE GRÁVIDAS PREECLÁMPTICAS

Casos	Nombre	Edad	Sexo	Tiocianemia mg. %
1	J. S.	23	V.	0'95
2	R. P.	31	M.	1'40
3	B. M.	20	V.	1'45
4	F. N.	21	M.	1'45
5	Y. U.	23	V.	1'51
6	E. P.	23	M.	1'56
7	C. L.	26	M.	1'56
8	R. D.	26	M.	1'82
9	E. V.	28	M.	1'82
10	J. R.	21	V.	3'14

El análisis matemático-estadístico de los resultados fue el siguiente:

Tiocianemia en recién nacidos de embarazadas preclámpticas	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. Var.	Cifras extr.
	1'484 ± 0'244	0'732 ± 0'172	49 %	0'95 - 3'14

Antes de interpretar los resultados, debo referirme a algunas comprobaciones interesantes, que pueden ayudar a esclarecer la génesis de la tiocianemia del recién nacido.

La menor cantidad de tiocianemia se encontró en el puerperio, cuya media fue de 0'5830 mg. y cifras extremas de 0'39 a 1'09, que, comparadas con la cifra media de mujeres no gestantes aparentemente sanas, ofrece una diferencia de 0'63 ± 0'095 de valor significativo con probabilidad de error de 1 por mil y el 52 por ciento de disminución.

La tiocianemia de sangre del cordón umbilical del recién nación, hijo de gestante con hepatopatías, edemas y pre-eclampsia, ofreció cifras promedio comprendidas entre 1'25, 1'41 y 1'48 mg., con cifras extremas de 0'78 a 3'14 mg.

Comparando estas cifras promedio con las cifras promedio de tiocianemia de mujeres no gestantes, no ofrece diferencia significativa, pues el pequeño aumento que experimenta de 0'03 a 0'26 no tiene valor estadístico significativo, pues la probabilidad de error oscila entre el 4 y el 10 por ciento, equivalente en porcentaje del 13 al 24 por ciento. El pequeño aumento de tioocianatos en la sangre del cordón umbilical del recién nacido de gestantes con edemas, pre-eclampsia y hepatópatas, no resulta del proceso morboso que complica el embarazo, sino de otras causas que escapan a nuestra capacidad interpretativa. C. Nystron y B. Sorbo [34], que estudiaron en los países escandinávicos la eliminación de tiocianatos por la orina de gestantes con toxemia, comprobaron que no tiene valor significativo.

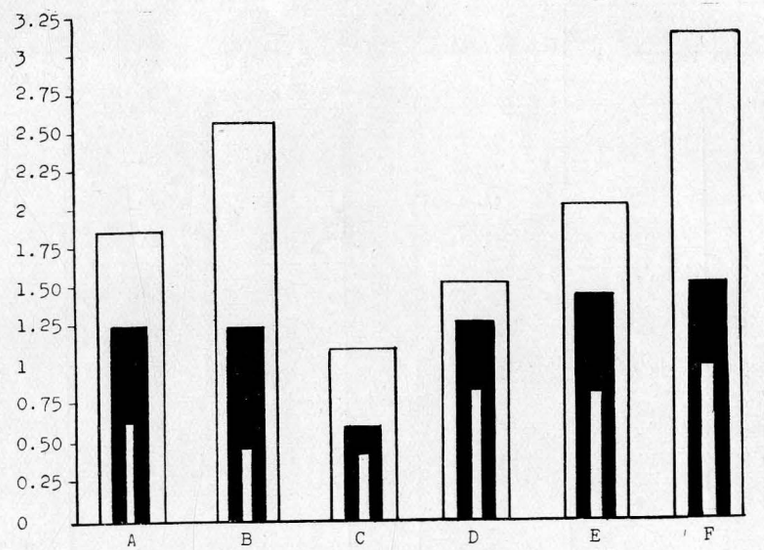
Resumiendo las constantes estadísticas de las cifras de tiocianemia que encontré, se puede apreciar con bastante exactitud la poca variación entre las cifras medias, extremas y desviación «standard». Van a continuación:

Tiocianemia mg. %	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. var.	Cifras extremas
No embarazadas aparentemente sanas . .	1'22 ± 0'0818	0'3680 ± 0'0581	30'16 %	0'58 - 1'87
En recién nacidos de gestantes normales .	1'226 ± 0'0654	0'7380 ± 0'0463	60'19 %	0'36 - 2'69
En el puerperio . . .	0'583 ± 0'0504	0'2310 ± 0'0356	39 %	0'39 - 1'09
En el recién nacido de gestantes hepatópatas	1'25 ± 0'083	0'22 ± 0'058	2'70 %	0'78 - 1'51
En el recién nacido de gestantes con edemas	1'416 ± 0'0706	0'3460 ± 0'0499	23'43 %	0'78 - 2'04
En recién nacidos de gestantes preeclámpticas	1'484 ± 0'244	0'732 ± 0'172	49 %	0'95 - 3'14

Para apreciar el significado estadístico de las diferencias entre la media aritmética y el porcentaje de las diferencias en los casos de mujeres no embarazadas (normales) con las que se encontraban en estado de puerperio, gestantes hepatópatas, grávidas con edemas y gestantes con pre-eclampsia, se las reúne en seguida:

Tiocianemia mg. %	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	T	Probabilidad	Porcentaje
Normales	1'220 ± 0'0818	0'637 ± 0'095	6'70	> que 0'001 %	52'21 %
Puerperio	0'538 ± 0'0504				
Normales	1'220 ± 0'0818	0'03 ± 0'116	0'25	< que 0'8 %	24 %
Gestantes hepatópatas	1'25 ± 0'083				
Normales	1'220 ± 0'0818	0'196 ± 0'108	1'81	< que 10 %	13'84 %
Gestantes con edemas	1'416 ± 0'0706				
Normales	1'220 ± 0'0818	0'264 ± 0'257	0'98	< que 4 %	17'78 %
Gestantes preeclámpticas . . .	1'484 ± 0'244				

Va en seguida el histograma de las cifras medias y extremas de tiocianemia en sangre de mujeres no embarazadas y en sangre del cordón umbilical del recién nacido de grávidas normales y con gestosis, y de mujeres puérperas.



A. — Mujeres no gestantes aparentemente sanas.
B. — Tiocianemia del recién nacido de sangre del cordón umbilical en gestantes aparentemente sanas.
C. — Tiocianemia en mujeres en puerperio.
D. — Tiocianemia del recién nacido de sangre del cordón umbilical en gestantes con afecciones hepáticas.
E. — Tiocianemia del recién nacido en sangre del cordón umbilical de gestantes con edemas.
F. — Tiocianemia del recién nacido de grávidas con preeclampsia.

En el histograma se aprecia que sólo en las gestantes aparentemente sanas los tiocianatos sanguíneos se distribuyen acercándose a la curva de Grauss.

La tiocianemia en mujeres no gestantes, en el puerperio y en sangre del cordón umbilical de recién nacidos de gestantes con edemas, es de distribución caprichosa, acentuándose más en el histograma del puerperio, donde el mayor número de casos corresponde a cifras muy reducidas.

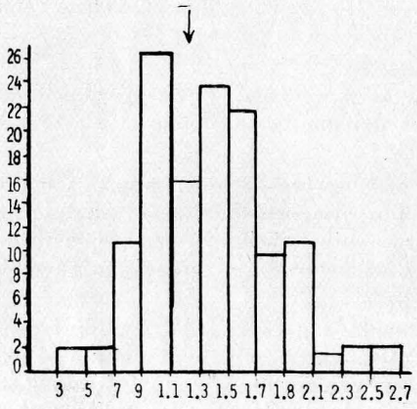
Esta gran diferencia con las cifras normales, ya sean en gestantes o no gestantes, se debería al «stress» provocado por el parto, durante el cual la madre, debido al gran esfuerzo que realiza, ofrece hipertensión arterial, que determina hipotiocianemia, ya que este metabolito se encuentra en el organismo en razón inversa a la presión arterial.

Además del «stress» del parto, debe tenerse en cuenta, al tratar de interpretar la tiocianemia del recién nacido, que en el momento del alumbraminto se expulsa la placenta y que con ella la gestante pierde una fuente tiocianogénica, que influye sobre los tiocianatos del cordón umbilical en la porción correspondiente al recién nacido. El histograma correspondiente parece que apoya esta hipótesis interpretativa.

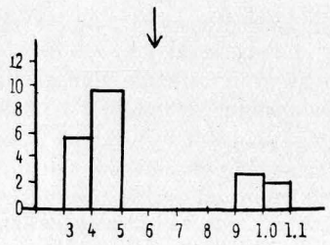
Los grupos de frecuencia e histogramas de distribución de tiocianemia en recién nacidos de gestantes normales y en el recién nacido de embarazadas que se encuentran en estado de puerperio, van a continuación:

Grupos de frecuencia		N.º de observaciones
0'30	0'49	1
0'50	0'69	1
0'70	0'89	11
0'90	1'09	26
1'10	1'29	16
1'30	1'49	25
1'50	1'69	21
1'70	1'89	10
1'90	2'09	11
2'10	2'29	1
2'30	2'49	2
2'50	2'69	2

Grupos de frecuencia		N.º de observaciones
0'30	39	6
0'40	49	10
0'50	59	0
0'60	69	0
0'70	79	0
0'80	89	1
0'90	99	3
1'00	1'09	1



Tiocianemia del recién nacido de gestantes: aparentemente sanas.

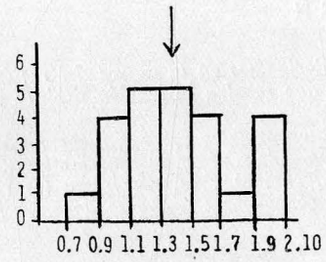


Tiocianemia en puerperio

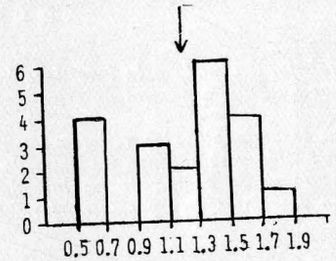
Los grupos de frecuencia e histogramas de distribución de tiocianemia en mujeres gestantes normales y en el recién nacido de embarazadas con edema, van a continuación:

Grupos de frecuencia		N.º de observaciones
0'70	0'89	1
0'90	1'09	4
1'10	1'29	5
1'30	1'49	5
1'50	1'69	4
1'70	1'89	1
1'90	2'09	4

Grupos de frecuencia		N.º de observaciones
0'50	0'69	4
0'70	0'89	0
0'90	1'09	3
1'10	1'29	2
1'30	1'49	6
1'50	1'69	4
1'70	1'89	1



Tiocianemia del recién nacido de embarazadas con edemas



Tiocianemia de mujeres no gestantes aparentemente sanas

Conclusiones

1.ª Se investigó tiocianemia en el recién nacido, por primera vez en el Perú.

2.ª Se cuantificó tiocianemia en 210 sujetos, empleando la técnica propuesta por la casa Photovolt Corporation. Utilicé el fotocolorímetro de Evelyn. Estas determinaciones corresponden a:

20 mujeres no gestantes, aparentemente sanas;
21 mujeres en estado de puerperio, y
169 recién nacidos, de los que se extrajo sangre del cordón umbilical. De éstos:
127 eran recién nacidos de gestación normal;
24 eran recién nacidos de grávidas con edemas;
10 eran recién nacidos de embarazadas pre-eclámpticas.
8 eran recién nacidos de gestantes con hepatopatías.

3.ª El promedio de tiocianemia en mujeres no gestantes fue de 1'22±0'081, con variaciones comprendidas entre 0'58 a 1'87 mg. por ciento.

4.ª La concentración media de tiocianemia, en el recién nacido de gestantes con embarazo normal, tuvo un promedio de 1'226±0'0654, y cifras extremas de 0'39 a 2'69 mg. por ciento.

5.ª En el puerperio, la cifra media de tiocianatos fue de 0'583±0'050, con cifras extremas de 0'39 a 1'09 mg. por ciento.

La comparación con la tiocianemia de gestantes normales proporcionó una diferencia de 0'63±0'095, con probabilidad de error menor del 1 por mil, que indica valor altamente significativo.

6.ª La cantidad media de tiocianatos en la sangre del cordón umbilical de recién nacidos de gestantes con hepatopatías fue de 1'25±0'083, con cifras extremas de 0'78 a 1'51. En aquellos que procedían de embarazadas con edemas, 1'41±0'070, con cifras extremas de 0'78 a 2'04 mg. por ciento. En los que provenían de gestantes pre-eclámpticas, 1'48±0'24, con cifras extremas de 0'95 a 3'14 miligramos por ciento.

7.ª Comparando las cifras medias de tiocianemia de recién nacidos de grávidas gestósicas, con las cifras medias de tiocianatos sanguíneos de recién nacidos después de embarazo normal, se encontraron diferencias poco apreciables, con probabilidades de error del 4 al 10 por ciento, sin valor significativo.

RESUMEN

Este trabajo, destinado a la investigación de los tiocianatos en la sangre del recién nacido, comienza por un estudio general de estos metabolistos que regulan la función tiroidea y presión arterial.

En una segunda parte se refieren los conocimientos actuales sobre tiocianemia sanguínea en el recién nacido y se exponen los datos de técnica para determinar en sangre estas sustancias.

Finalmente se da cuenta de las investigaciones efectuadas y se interpretan los resultados obtenidos en doscientas diez pacientes, formulando las conclusiones a que se llega.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aikawua, J. K., and Rhoades, E. L.—«Inmune phisiology of inmune reaction alteration in the thiocyanate space in quantitative passive transfer experiments in rabbit». *J. Allergy*, 23, 123. 1952.
2. Armenio, G.; Laforgia, P. D., y Buensanto, M.—«Ricerca dei solfocianati nella saliva umana, variazione della concentrazione in rapporto al fumo del tabaco». *Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.*, 28, 1.455. 1952.
3. Arends, L., and Chalmers, J.—«Effect of diffusion respiration and of inhalation of high concentration of CO_2 on plasma volume, thiocyanate space, blood cells and O_2 capacity». *Am. J. Phys.*, 171, 507. 1952.
4. Angeles, M. F.—«Variaciones de la tiocianemia por acción de la cloropromacina». Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1956.
5. Arey, H. M., and Arey, J. B.—«Respiratory disorders of new born infants correlation of clinical and pathological observation». *Pediat. Clin. N. Amer.*, Philadelphia, 1957.
6. Baumann, E. J., and Sprinson, D.—«The estimation of thiocyanate in urine». *J. Biol. Chem.*, 106, 762. 1934.
7. Barker, M. H., and Lindberg, H. A.—«Further experiences with thiocyanates». *J. Am. Med. Ass.*, 117, 1.951. 1941.
8. Barker, M. H.—«The blood cyanates in the treatment of hipertension». *J. Am. Med. Ass.*, 106, 762. 1936.
9. Bacq, L. M., et Fisher, P.—«Teneur du sang en sulfocyanñure». *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 29, 308. 1947.

10. Baumann, E. J., and Metzger, N.—«Behavior of thiroid toward elements of seventh periodic group halogens and thiocyanates». *Proc. Exper. Biol. Med.*, 70, 536. 1949.
11. Bacq, L. M.; Charrier, R.; Philipot, E., and Fisher, P.—«The action of sodium thiocynate on cardiac output». *British J. Pharm. and Chem.*, 4, 162. 1949.
12. Barnet, H. J.—«Thiocynate psichosis». *J. Am. Med. Ass.*, 147, 1.554. 1951.
13. Bibicova, A. F.—«Histological CNS changes in the comatose form of infantile encephalities». *Z. Nevropar. Psichiat.*, 119, 122. Mosku, 1953.
14. Bielicka, I., and Oppenheim-Fiszier, E.—«Intra craneal hemorrhages as causes of late mortality in the premature and the newborn infants». *Pediat. Pol.*, 33-4, 443. 1958.
15. Cantarow, A., y Trumper, M.—*Biocquímica Clínica*, 269. 1953.
16. Correa Balbuena, E.—«Acción de la reserpina sobre la tiocianemia de esquizofrénicas». Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1958.
17. Chesley, J.—«The determination of thiocyanate in biological fluids». *J. Biol. Chem.*, 140, 135. 1941..
18. Cavines Vornes, S., and Umphlet, L. T.—«Blood pressure and sulfocyanate». *A. J. Med. Sc.*, 204, 648. 1942.
19. Davenport, W. H.—«The inhibition of carbonic anhidrase and of gastric acid secretion by thiocyanate». *Am. J. Phys.*, 129, 505. 1940.
20. Dalton Deeds and Donovan, P. B.—«Serum thiocyanate levels in pregnancy». *Am. J. Obs. Gynec.*, 61, 1.146. 1951.
21. Danzing, L. E., and Kringei, A. J.—«Use of artificial kidney in treatment of thiocyanate psichosis». *J. Am. Med. Asso.*, 158, 560. 1955.
22. Fraccaro, M., e Gastaldi, F.—«La patologia delle sindrome di Laurence-Moon-Bield». *Folia Heredit. Path.*, 2-3, 117. 1953.
23. Fergunson, M. H., and Naimalt, A.—«The interrelation ship botween the parotid secretion of thiocyanate, iodine and chloride». *Can. J. Biochem. Phys.*, 35, 333. 1957.
24. Gorman, W. F., and Wortis, S.—«Psichosis due to thiocyanate treatment of hipertension». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 110, 46. 1949.
25. Goldstein, F., and Riedrs, F.—«Formation of cyanide in dog and man following administration of thiocyanate». *Am. J. Phys.*, 67, 47. 1955.
26. Herrera Ramos, F.—«Mecanismo de la actividad de los tiocianatos y su intervención en la transmisión fisiológica de la excitación vagal». *Arch. Soc. Biol. Montevideo*, 12, 1. Año 1946.
27. Herrera Ramos, F., y Visca, P.—«Los tiocianatos en la sangre del hombre normal». *Arch. Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 26, 185. 1955.
28. Hichey, J. J.; Hines, F. A., and Chornely, R. K.—«Osteoporosis ocurring during potassium thiocyanate therapy for hipertensive disease». *Proceeding of the staff metings of Mayo Clinic*, 22, 275. 1947.
29. Lindberg, H. A., and Wald, M. H.—«Observation on the patology effects of thiocyanate». *Am. Heart Jour.*, 21, 605. 1941.
30. Lilian, L. S., and Fress, E.—«Transcapillary migration of heavy water and thiocyanate ion in the pulmonary circulation of normal subjects and patients with congestive heart failure». *J. Clin. Invest.*, 34, 1. 1955.
31. Ludmir Grimberg, S.—«Influencia de la acetilcolina sobre la tiocianemia del conejo». *La Crónica Médica*, 69, 137. 1952.
32. Moister, F. G., and Freis, E.—«The metabolism of thiocyanate after prolonged administration in man». *Am. J. Med. Sc.*, 218, 549. 1949.
33. Meissner, G., and Schwartzkopff, W.—«Distribution dinamics and passage of thiocyanate in tissue fluid of skin in normal and disordered water balance». *Zeitschrift fur Experimentelle Pathologie und Therapie*, 128, 256. 1957.
34. Nystrom, C., and Sorbo, B.—«The thiocyanate content in urine and cases of toxemia of pregnancy». *Scand. J. Clin. Lab. Invest.*, 9, 223. 1957.
35. Núñez Vizcarra, K.—«Variaciones de la tiocianemia en enfermos mentales por acción de la perfenazina». Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1958.
36. Oppo, G. T.—«Vallori della sulfocianatemia nella donna normale ed in alcune affezione dell aparato genitale». *Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.*, 33, 26. 1957.
37. Oppm, G. T.—«Vallori della sulfocianatemia nella gravidanza normale e gestosica e in puerperio». *Boll. Soc. Ital. Biol. Sper.*, 38, 244. 1957.
38. Ocampo Altamirano, I.—«Tiocianemia en embarazo normal». Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1959.
39. Plesset, M. R.—«Toxic psichosis due to thiocyanate». *J. Nerv. Ment. Dis.*, 94, 447. 1941.
40. Photovolt Corporation.—«Tiocianatos en la sangre». Reference book for clinical test. 590. New York, s/f.

41. POTOTSCHNIG, C.—«Le convulsione nell'etá neonatale». *Ist. di Clin. Ped. Univ. di Milano*, 573. 1954.
42. ROJAS CERNA, C.—«Tiocianatos en la sangre». *La Crónica Médica*, 66, 33. 1949.
43. SMITH, R. G.; MUKEJ(, and SEABURY, J. R.—«Thiocyanate formation in cyanide poisoning as affected by methilene blue and sodium nitrite». *J. Phar. Exper. Therap.*, 68, 351. 1940.
44. SOLIMAN TORALD.—*Farmacología*, 1.134. 1949.
45. STEWART, J. D.—«On the measurement of extracellular fluid volumen with thiocyanate and body fluid, analyses in 33 normal individuals». *J. Lab. Clin. Med.*, 26, 1.383. 1941.
46. WALLACE, G. B., and BRODIF, B. B.—«Passage of bromide, iodide and thiocyanate into and cut of the cerebro espinal fluid». *J. Pharm. Exp. Therap.*, 68, 50. 1940.

Dirección: Facultad de Farmacia, cátedra de Farmacología. Lima (Perú).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

LIBROS

AUTORES NACIONALES

EL MOMENTO ACTUAL DE LA PEDIATRÍA Y DE LA PUERICULTURA EN EL MUNDO. *Discurso leído el 13 de marzo por el doctor don Juan Morales González. Discurso de contestación por el doctor don Manuel Laffon Soto. Un vol. (16'5 por 23'5 cm.) de 314 págs.; rústica. Imprenta T.P.A. Sevilla, 1960.*

EMPIEZA su muy interesante discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Sevilla señalando la necesidad imperiosa del médico de niños, del pediatra, por las muchas peculiaridades de las enfermedades de la infancia, que realmente reclaman un capítulo grande de la Medicina del niño, pasando a describir todas las épocas en que el niño era objeto de atención en sus cuidados, desde Hammurabi, del año 2500 antes de Jesucristo, hasta Hipócrates, y después hasta nuestros días, en que se protege y ampara a los niños en todos los Servicios de verdadera Puericultura.

Así va detallando la evolución de la asistencia a los niños, hasta el año 1600, que se fundó en Teruel el primer hospital de niños, antes que en Londres y en Viena, fundados dos siglos después, lo que resulta un orgullo para nuestra Patria. Fue en el siglo XIX cuando adquirió auge la Pediatría, en unión de la Puericultura, que ya venía desarrollándose siglos antes; hoy la Puericultura deriva de la Escuela Nacional de Puericultura, el año 1925, y de las Facultades de Pediatría, lo que origina alguna pugna entre ambas.

Señala el enorme beneficio conseguido en la disminución de la mortalidad infantil, con un detallado estudio de las dos ramas, Pediatría y Puericultura, con detalles estadísticos y Servicios de Niños, con la descripción de todos los detalles de su funcionamiento.

En otro capítulo trata del futuro en España de la Pediatría y de la Puericultura, apuntando todas las necesidades en los Servicios de los Hospitales de Niños, muy mejorado todo con la actual Ley de Sanidad Infantil, que ha proporcionado grandes beneficios en la Sanidad, sobre todo en el medio rural, en las inclusas, maternidades, internados benéficos, y, sobre todo, en la parte más importante, que ha tomado hoy la higiene mental infantil, de la higiene escolar, pasando a tratar con detalle el problema de la natalidad en España, sobre el gran problema de la mortinatalidad, donde nos demuestra el doctor Morales los profundos estudios seguidos por él, sobre este tema tan interesante, la lucha en favor del prematuro, que ha alcanzado tan gran incremento en nuestra nación. Un capítulo sobre accidentes a los niños, la lucha contra la poliomielitis, en favor de los niños sordomudos, anormales, abandonados..., terminando con el estudio de la organización de la Pediatría española.

También publica estudio detallado de la Pediatría en el resto del mundo y de las organizaciones dedicadas al estudio y cuidado de los niños en la Unión de las Naciones, terminando con un capítulo sobre la verdadera mortalidad infantil en España, ocupando hoy el cuarto lugar, similar a Suecia, para orgullo de los españoles.

Felicitamos con entusiasmo al doctor Morales, por la gran labor de divulgación sanitaria de la Pediatría y de la Puericultura, con su muy interesante estudio, de verdadero valor pediátrico. — ANTERO NOAÍLLES.

¡ATENCIÓN AL EMBARAZO, MUJER! NORMAS DE HIGIENE PRENATAL, *por* A. FERMOSO MOVILLA, *Jefe de los Servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Militar de Valladolid. Primera edición. Un volumen (15'5 por 10 cm.) de 68 páginas; rústica. Imprenta número 3, P. H. O. E. Muro, 9. Valladolid, 1958.*

UN librito útil, pues en pocas páginas expone toda una serie de consejos para la mujer embarazada, contestando a sus más variadas preguntas, de modo que puede hacer desaparecer sus inquietudes y preocupaciones, con las que puede hacerse renacer su tranquilidad, tanto en lo fisiológico, en directa relación con la higiene, como en lo terapéutico, sobre lo que suele tener la mujer embarazada una idea desorbitada.

En relación con publicaciones similares, la actual lleva un capítulo, por decir así, nuevo, y es el referente a la preparación psicofísica del parto, bien orientado, puesto

que no deja de apuntar certeramente que el concepto de «parto sin dolor» está lejos de ser una absoluta realidad y es una frase incorrecta, y propugna por una preparación teórica para el parto, conducente a informar a la embarazada de lo que es el parto normal, para de este modo intentar de conseguir que el temor desaparezca. — M. VICENTE.

LA RODILLA; CLÍNICA Y TERAPÉUTICA DE LAS AFECCIONES MÉDICAS, QUIRÚRGICAS Y TRAUMÁTICAS, *por los doctores* J. NAVÉS *y* P. RUBÍES. *Un volumen (17'5 por 25 cm.) de 552 páginas, con 333 figuras. Editorial Científico Médica. Vía Layetana, 53. Barcelona, 1960.*

PODEMOS considerar este libro como el primero de habla castellana dedicado a una zona tan circunscrita como es la rodilla, habiendo sido realizado por dos especialistas, conocedores como nadie de las afecciones de la articulación de la rodilla.

Ni uno solo de sus diecisiete capítulos se aparta de la tónica general, el no ser ni eminentemente quirúrgica ni médica. Todos los problemas, tanto traumáticos como ortopédicos, médicos o tumorales, son tratados con mano maestra, con visión clara de quien sabe la solución exacta de cada caso. Y es quizá en donde se puede apreciar mejor esta aseveración, en las páginas dedicadas a la patología de los meniscos, en donde el doctor Navés se muestra como un dominador perfecto del problema.

Siendo la rodilla la articulación que más veces es afectada por procesos tumorales, tanto primitivos como secundarios y que por tanto plantea dilemas muy arduos a resolver, es donde el cirujano que no dispone de un equipo completo, debe tener una formación íntegra, quirúrgica, radiológica o anatomopatológica. Es en las páginas dedicadas a la oncología en donde se ve la sólida formación y conocimiento profundo del doctor Rubíes, magnífico colaborador del doctor Navés.

En fin, podemos decir que de esta cooperación ha brotado una obra digna de figurar en la biblioteca de todo traumatólogo. Su presentación, iconografía e impresión se ajusta en todo a las normas dictadas por la Editorial Científico Médica. — J. LIRIA.

AUTORES EXTRANJEROS

EL CAMINO DE LA FE, *por* JOHANNES BEUMER, S. I. *Traducción de* CONSTANTINO RUIZ-GARRIDO. *Un volumen (20 por 12 cm.) de 208 páginas; rústica; precio, 45 pesetas. Ediciones FAX, Madrid.*

TEMA difícil y complejo el de la descripción de la Fe; nadie la puede soslayar, y personalidades no creyentes de la máxima nombradía, reiteradamente lamentaron no poseerla o no poder alcanzarla. Beumer, autor de este librito, universaliza la cuestión, y quien posea la Fe encontrará refuerzo racional para sus creencias y quien no creyera hallará sendas que pueden conducirle al santuario donde mora imperecedero el Catolicismo.

El autor no parte en sus exposiciones de pruebas y verdades que hubieran de aceptarse sin discusión como hechos ciertos; todo lo pone en tela de juicio, intentando llegar a las mismas raíces de cada problema, valorando el pro y el contra con la sutileza que lo haría un erudito profano o con las dudas que plantearía una distinguida persona perteneciente a dogma contrario. En sus interpretaciones o en defensa de su doctrina, recurre a cuantos medios es dable disponer, Biblia, Nuevo Testamento y, fundamentalmente, palabras evangélicas, sin olvidar o relegar la confrontación con otras fuentes de importancia que pudiéramos considerar como secundaria, por ejemplo, las históricas. Revisa las fundamentales posibilidades de certeza y la trayectoria de la Iglesia, comentando sus doctrinas y revelaciones desde su fundación hasta los tiempos actuales, comentando ampliamente los pilares de la misma, la misión de los Apóstoles, potestad de sus ministros e interpretación de muchos términos empleados por Jesucristo en sus predicaciones, cuyo sentido lo realiza adaptándose a la mentalidad de aquella época.

Temas tan extensos es difícil puedan compendiarse en un librito de 189 páginas, mas Beumer realiza el milagro de conseguirlo, si bien resalta aquellas cuestiones tomadas como blancos por la propaganda anticatólica, refutando brillantemente con argumentos probatorios la tesis de la verdad cristiana. Si de la primera a la última de sus páginas se nos muestra como apologista magistral, nos deleita y admira con su «Cristo resucitado entre los muertos» y con su brillante manejo de los textos evangélicos y de los escritos incomparables de San Pablo.

Nunca leímos obra con dicción más perfecta y estilo más sencillo en su claridad expositiva; parece que no se lee, sino que se

escucha una serie de cosas archisabidas, como si despertaran ecos de aquellas lecciones que recibimos en nuestra primerísima infancia. Si no compulsáramos la obligada ojeada a la cubierta interior, tendríamos la certeza de que es autor del propio idioma castellano quien lo redacta, no conociendo mejor elogio para la traducción de Constantino Ruiz. La Editorial Fax, como siempre, además de saber elegir los temas para esta su colección «Perspectivas», se caracteriza por su pulcritud impresora, y merecen transcribirse sus palabras enjuiciando el libro: «Obra para fortalecer la fe de los que creen y orientar a los que la buscan». — LUIS DEL CAMPO.

CHIRURGIE DE L'ETAGE SUPERIEUR DE L'ABDOMEN, *por* HENRI FRUCHAUD *y colaboradores* A. BERNON, A. F. SEMANISSIER, G. SESSERTISEUR *y* G. VIDEAU. *Un volumen (15'5 por 24 cm) de 200 págs., con 92 figuras; rústica; precio: 32 F. N. Gaston Doin et Cie. Editeurs. 8 Place de l'Odeon. París, 1960.*

LOS primeros capítulos los refiere a anatomía evolutiva, partiendo de la anatomía comparada, estudiando la región toracoabdominal del perro y de los monos superiores, para terminar en el hombre.

En los siguientes, estudia la evolución intrínseca de los cuadrantes abdominales superiores hasta la edad adulta, y su modelado tardío por las bandas peritoneales de los hipocondrios, analizando su ontofilogenia, para llegar a las disposiciones anatómicas en el adulto, de los hipocondrios y del epigastrio, tanto en su parte alta como en la baja, así como su irrigación e inervación.

Pasa después al estudio de las distintas técnicas operatorias sobre la región y vías de abordaje, de las movilizaciones viscerales en las tres regiones, media y laterales, y detenidamente habla de la cirugía duodenal en sus diversas posiciones, de la de las vías biliares, páncreas, estómago, esófago, abdominal, etc.

Trabajo muy completo, bien sistematizado y al que acompaña una abundante bibliografía. — FARO.

RÖNTGENOLOGÍA *(Límite entre lo normal y lo patológico en las imágenes röntgenológicas del esqueleto), por los doctores* A. KÖHLER *y* E. A. ZIMMER. *Un volumen (17 por 25 cm.) de 708 páginas, con 1.282 figuras; encuadernación en tela. Editorial Labor, S. A. Barcelona-Madrid, 1960.*

DESDE la primera edición de la obra de Köhler, en 1910, han transcurrido muchos años, dos guerras mundiales, con sus grandes descubrimientos y lo que en su día fue una novedad, un consejero para esas primeras generaciones de radiólogos, fue poco a poco relegándose a un segundo plano y, finalmente, al olvido. Las modernas técnicas, orientaciones, medios de diagnóstico y mejoras de aparatos, han cambiado paulatinamente, imponiendo una total revisión del trabajo de Köhler.

Si el propósito del doctor Zimmer ha sido ajustarse a la concepción de Köhler, vemos que la obra ha sido totalmente renovada. Renovación del material radiográfico, de conceptos y de material bibliográfico. Sin embargo, lo fundamental, lo que Köhler infundió a su primera obra, hoy persiste, siendo lo imperecedero, su sentido eminentemente práctico.

Son nueve las partes o capítulos de que consta esta obra. En ellos, y de una forma —repetimos— práctica, se estudia la totalidad del esqueleto, parte por parte y hueso por hueso. En todos, junto a las imágenes normales, las anomalías, los traumas, tumores, degeneraciones, etc., que sirven en un momento dado para resolver cualquier duda en un diagnóstico, emitir un juicio exacto y, sobre todo, enseñar no sólo al que se inicia, sino también al experto.

No creemos pueda presentarse mejor conjunto iconográfico, tan bien seleccionado y tan magníficamente resumido.

Felicitamos a la Editorial Labor por su acierto en presentarnos la nueva versión de esta obra, así como por su esmero y perfección.

LA PRATIQUE DE L'HOMOEPATHIE, *por el doctor.* LEON VANNIER, *5.e edition revue et corrigée. Un vol. (18'2 por 13'5 cm.) de 719 páginas, con dibujos esquemáticos intercalados en el texto; rústica. G. Doin et Cie Editeurs, 8 Place de l'Odeon. París, 1959.*

SUELE representarse la homeopatía como un método en el que sólo se usan dosis infinitesimales y la mayor parte están convencidos de que se trata de una terapéutica únicamente sintomática.

Un hecho es cierto: la homeopatía ha progresado mucho en Francia en estos últimos años.

El verdadero práctico homeópata comprende en los enfermos no la aparente etiología, sino la verdadera «génesis» de los trastornos observados, la «significación» verdadera, y sabe utilizar las relaciones que unen los remedios con los enfermos y los remedios entre sí.

La clínica homeópata está enriquecida de una semiología terapéutica que expresa al práctico —muy significativamente— el reme-

dio que conviene al enfermo, el que está particularmente adaptado a sus propias reacciones.

Tres cosas, dice Hipócrates, que se reúnen en nuestro arte: la enfermedad, el enfermo y el médico; las tres ocupan la atención del autor al comienzo de su obra, y desde el punto de vista de la homeopatía trata en capítulos sucesivos del verdadero clínico, los remedios homeopáticos y la verdadera terapéutica, dedicando las páginas finales al porvenir de la homeopatía.

Se trata de un libro que debe leerse atentamente, para darse cuenta de lo que es y propugna la homeopatía, que debe mirarse con simpatía.

El libro está cuidadosamente presentado, como es norma del prestigio de la casa editora. — M. VICENTE.

LES OEDEMES: PHYSIOPATOLOGIE ET TRAITEMENT DE LA RETENTION DE SEL ET D'EAU. *(Los edemas: fisiopatología y tratamiento de la retención de sal y de agua), por el doctor* JEAN FABRE. *Un volumen (17 por 25 cm.) de 344 páginas, con 46 figuras; en rústica. Precio: 55 F. N. Masson et Cie Editeurs, 120 Boulevard Saint Germain. París, VI, 1960.*

A pesar de que los edemas no constituyen una entidad clínica, sino un síntoma, como la disnea o la cianosis, su gran frecuencia y su trascendencia en clínica hacía necesario un estudio de conjunto del problema en toda su amplitud, desde el punto de vista fisiopatológico y, naturalmente, terapéutico.

El gran acierto del autor, que desde hace muchos años se viene ocupando de los problemas que plantea el metabolismo del agua, ha sido condensar en un volumen no muy extenso un completo estudio de los edemas, matizando con su juicio personal el abundante material bibliográfico que representan las numerosas citas (cerca del millar) que recoge en su obra.

Las recientes adquisiciones terapéuticas y el enfoque actual que la fisiología ha dado a estas cuestiones al conocerse mejor los mecanismos que intervienen en la regulación del volumen de líquidos del organismo, ha permitido orientar el libro con una sólida base fisiopatológica, que resulta muy fecunda al estudiar las diversas situaciones de edema y las normas terapéuticas.

La claridad de la exposición, lo acertado de las discusiones y ese espíritu tan frecuente en los libros franceses que los hace fáciles de leer e incluso amenos sin perder nada de su rigor científico, son una garantía más del interés con que será acogida esta obra por el público médico.

En la primera parte del libro, de tipo general, se estudian las bases fisiológicas de la regulación del metabolismo acuoso y electrolítico, detallando el papel que juegan la hormona antidiurética, la aldosterona y los mecanismos de regulación renal y vascular.

La segunda parte recoge de manera detallada los diferentes tipos de edemas que aparecen en clínica, siendo estos capítulos los más interesantes, pues presenta en cada caso la interpretación fisiopatológica actual en la que basará después el tratamiento.

Estos capítulos son: edemas cardíacos, de las nefropatías, de los enfermos de hígado, provocados por las hormonas suprarrenales, de las enfermedades tiroideas, de origen medicamentoso, del embarazo, de la carencia proteica, de la avitaminosis B1, de la carencia de potasio, edemas inflamatorios, de origen alérgico, de origen venoso y de origen linfático.

El problema terapéutico se aborda en la tercera parte de la obra, en que se estudian de manera general los distintos tratamientos eficaces, señalando sus indicaciones, sus limitaciones e incluso sus posibles complicaciones ante una utilización inadecuada. Se revisan así el régimen sin sal, las resinas de intercambio iónico, los diuréticos de todo tipo, los métodos de avacuación y depuración extrarrenal y, por último, la utilización de la cortisona y derivados en el tratamiento de los edemas.

Digamos por último que la edición, como es norma en la Casa Masson, es muy cuidada, con una tipografía de fácil lectura. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

MAS Y MAGRÓ, F. (Alicante).—«LA TOS FERINA Y OTRAS AFECCIONES CON TOS CONVULSIVA.» *«Galicia Clínica», n.º 4, páginas 251-259, abril 1960. La Coruña.*

EXISTEN en la infancia ciertas afecciones del aparato respiratorio en las que la tos adopta la forma convulsiva, en accesos similares a los de la coqueluche. Una parte de estos efectos se instala sobre procesos broncopulmonares, evoluciona con ellos y experimenta sus alternativas de activación y remisión; otra parte, ciertamente no menos interesante, se inserta sobre el curso evolutivo de la tos ferina, a la que prolonga durante meses y años de la vida del niño. El substrato, cualquiera que sea la etiología de las enfermedades con tos convulsiva, es, como ha comprobado Mas y Magró, la alergia. Si no siempre, la discriminación de los diversos estados de tos convulsiva puede ser laboriosa en unos casos o difícil en otros, siendo necesario no pocas vces el conocimiento de su evolución clínica para afirmar un diagnóstico seguro y decisivo, lo que se logra tarde con evidente perjuicio de la profilaxis y del tratamiento. En muchos casos el examen de la expectoración puede decidir el juicio clínico en el sentido positivo o negativo; en otros, desgraciadamente, no se logra obtener un resultado bacteriológico definitivo.

Analiza las reacciones leucocitarias de la tos ferina en sus tres estados y las correspondientes a estados de tos convulsiva asociados a diversas afecciones del aparato respiratorio. Las reacciones leucocitarias de la tos ferina varían en sus diversos períodos de la enfermedad. En el catarral, hay linfocitosis, con aumento de los monocitos y cifra del coeficiente neutrófilo; en el convulsivo, las reacciones no han variado, pero han aumentado de intensidad, con eosinofilia y disminución de monocitos y coeficiente neutrófilo; en la convalecencia de curso normal sólo queda linfocitosis de linfocitos funcionales, como una linfocitosis post-infecciosa. Los estados con tos convulsiva, asociados a procesos broncopulmonares, no presentan las reacciones específicas de la tos ferina. — AUTORRESUMEN.

APARATO CIRCULATORIO

SÁDABA, P.; FREIXAS, J. M.; TRILLA, E., y CASELLAS, A.—«NUESTRAS OBSERVACIONES SOBRE VEINTIÚN CASOS DE SÍNDROME DE WOLF-PARKINSON-WHITE.» *«Arch. Esp. de Med. Int.», V, 4, 241. Madrid, 1959.*

LOS autores han realizado una revisión clínica y electrocardiográfica de veintiún casos de síndrome de W.-P.-W. o de preexcitación, caracterizado por un ensanchamiento del complejo QRS y acortamiento del tiempo PQ, debido a una activación precoz y anormal de ciertas porciones ventriculares, por mecanismos todavía no aclarados.

No se ha encontrado ninguna relación con la edad y el sexo, pues las edades oscilaban entre los dos meses y los ochenta años, y el reparto de casos entre los sexos era equilibrado. Trece de los casos tenían corazón normal, y los restantes padecían diversas cardiopatías, con ligero predominio de la reumática.

Divide los casos estudiados en dos tipos: el A), con imagen parecida a la de bloqueo de rama derecha, y el B), con imagen análoga a la del bloqueo izquierdo, perteneciendo a este tipo B la mayoría de los casos (dieciséis de los veintiuno estudiados).

En once casos se produjeron crisis de taquicardia paroxística, cuya frecuencia se señala clásicamente como uno de los elementos constituyentes del síndrome.

La onda Q solamente existía en un caso, que estaba diagnosticado de infarto de miocardio residual.

En un caso que se intentó tratar con pronestil y quinidina, no se obtuvo ningún resultado.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ZARCO, P.; IRVING, D. W., y CORDAY, E. «LA HEMODINÁMICA CORONARIA DURANTE LAS ARRITMIAS CARDÍACAS.» *«Rev. Clín. Esp.», 76, 3, 163. 1960.*

LAS arritmias cardíacas pueden originar graves alteraciones en la dinámica coronaria

por tres mecanismos fundamentales: caída de la tensión de perfusión coronaria, descenso del volumen minuto debido a una menor replección cardíaca por acortamiento del período de llene ventricular y aumento de la resistencia arteriolar coronaria. Aunque algunos autores señalaban que en las taquicardias aumenta el fljo coronario, lo que está en contradicción con la clínica, los autores han realizado un estudio experimental midiendo la circulación coronaria en diversas condiciones. Comprueban que en diversos tipos de arritmias se produce un descenso real del flujo coronario y que en las grandes taquicardias, aunque el flujo coronario aumente, es incapaz de hacer frente a los aumentados requerimientos de la fibra miocárdica.

Encuentran también una relación lineal entre el descenso del flujo coronario y la disminución de la tensión arterial sistémica, dato que tiene un gran interés práctico en el tratamiento de estas situaciones.

Señalan los autores la necesidad de administrar fármacos vasopresores en todas las situaciones de arritmia que se acompañen de hipotensión sistémica, con el fin de proteger la circulación coronaria, especialmente en los pacientes en que coexiste una insuficiencia coronaria. Esta conducta permite muchas veces suprimir la arritmia o, por lo menos, dar tiempo a que actúen otros fármacos, como la digital o la quinidina, de acción más lenta.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

DERMATOLOGÍA

VILANOVA, X.; CASANOVAS, M., y LECHA, E. — «RESUMEN ESTADÍSTICO DE LAS MICOSIS SUPERFICIALES OBSERVADAS EN LA CLÍNICA DERMATOLÓGICA UNIVERSITARIA ENTRE LOS AÑOS 1947-1957.» «*Actas Dermosifiliográficas*», *año L, n.º 5, págs. 321-337, junio-julio 1959, Madrid.*

EN un documentado y estadístico estudio, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1.ª En el transcurso del tiempo indicado ha habido un predominio de las lesiones micósicas dermatofilíticas del cuero cabelludo (391 casos), frente a las de piel lampiña (353 casos).

2.ª Es manifiesta una frecuencia muy superior de las tricofitias sobre las microporias, en oposición a lo que sucede en los demás países del Occidente de Europa; pero, en cambio, coincidiendo con el que se registra en los países del Sur, el Próximo Oriente y el Norte de Africa.

3.ª Dentro de las tricofitias, se observa una gran abundancia de las lesiones producidas por el «Trichophyton violaceum», lo mismo que sucede en los países últimamente citados. La mayor parte de las tiñas del cuero cabelludo que hemos tenido ocasión de examinar eran debidas a este hongo. Dentro de las tiñas aflegmásicas del cuero cabelludo observadas por nosotros, el 65'6 por ciento eran debidas al «Trichophyton violaceum».

4.ª En nuestra estadística, son excepcionales los casos por megasporados.

5.ª El favus constituye el 6'65 por ciento de las tiñas del cuero cabelludo, y el 4'9 por ciento de todas las dermatofitias. Esta cifra es inferior a la señalada por otras estadísticas anteriores de nuestro país.

6.ª En nuestro país, las tiñas inflamatorias foliculares (querion del cuero cabelludo, bigote y barba) son producidas casi exclusivamente por el «Trichophyton mentagrophytes».

7.ª El herpes circinado es originado en un alto porcentaje de casos por el mismo hongo (104 casos entre 228, o sea, el 45'63 por ciento). En cambio, en los países donde predominan las lesiones de cuero cabelludo por microsporum, se observa también una mayor frecuencia de ésos como agentes productores del herpes circinado.

Es de notar que gran número de casos de herpes circinado producidos por «Trichophyton mentagrophytes» proceden de contagio animal comprobado.

8.ª En los casos de epidermofitia de los pies hay un evidente predominio del «Trichophyton interdigitale», análogamente a lo que se observa en la mayor parte de las estadísticas recientes.

9.ª En el eczema marginado, el hongo aislado con la máxima frecuencia fue el «Epidermophyton floccosum».

10.ª Han tenido ocasión de observar siete casos de infección doble del cuero cabelludo, producidos por la presencia simultánea en las mismas lesiones del «Trichophyton violaceum» y del «Trichophyton tonsurans».

11.ª En lo que hace referencia a la presentación de las micosis superficiales en relación con la edad y el sexo, vemos que en conjunto el sexo masculino es el más frecuentemente afecto. — F. VARA SANTOS.

UROLOGÍA

PICATOSTE, J. (Santander). — «¿QUÉ SE CONSIGUE CON EL TRATAMIENTO MÉDICO DE LA TUBERCULOSIS RENAL?» «*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*», *t. XX, n.º 5, págs. 269-289. Santander, 1959.*

EN el presente trabajo se da una revisión de lo que actualmente se obtiene en la clínica humana de la tuberculosis renal por medio del tratamiento médico. Se estudian las ideas de los numerosos autores que se han ocupado de esta cuestión y se exponen los datos personales, obtenidos del estudio de 768 enfermos de tuberculosis renal entre un total de 20.627 enfermos urológicos, asistidos en el Servicio de la Casa de Salud Valdecilla, durante treinta años.

Como conclusiones, el autor agrupa sus conceptos en las siguientes:

1.ª La aparición de los actuales tratamientos médicos de la tuberculosis renal ha hecho variar profundamente los conceptos y axiomas que sobre esta afección venían siendo admitidos desde hacía largos años. Y ello, más aún en un principio que actualmente, en que con el paso del tiempo y con una verdadera experiencia clínica bien fundamentada, han entrado las ideas en un cauce lógico y prudente.

2.ª Quizá la mutación mayor la ha sufrido la concepción de Albarrán de «en tuberculosis renal, al diagnóstico precoz debe seguir la nefrectomía precoz». Hoy, la nefrectomía, en la mayoría de los casos, no ha de ser precoz, sino oportuna. Ha de conseguirse la estabilización del proceso y la aclaración diagnóstica hasta el máximo de la uni o bilateralidad clínica, pues las necropsias dan cifras muy elevadas de bilateralidad, aunque el comportamiento clínico de la afección continúa siendo unilateral en un gran tanto por ciento de los casos.

3.ª El desorbitado optimismo que en los comienzos se puso en el tratamiento médico de la tuberculosis renal, ha ido cediendo ante los resultados obtenidos, mucho menos alentadores. La proporción de nefrectomías que hoy se practican por tuberculosis renal, indudablemente ha descendido en relación con épocas anteriores, pero no en los términos en que en un principio se creyó.

4.ª Es opinión unánime de la mayoría de los autores, que el tratamiento médico es eficaz y puede esperarse por el solo la curación, exclusivamente en los casos incipientes, en los que la urografía sea normal o demuestre tan sólo mínimas lesiones.

5.ª Quizá sean las tuberculosis iniciales o las bilaterales más o menos avanzadas, las que más se benefician del tratamiento médico, pues en los primeros, como decimos, cabe esperar la curación total y en los últimos es posible conseguir la recuperación y esterilización del lado menos afecto, lo que permite la nefrectomía del opuesto, en condiciones mucho más favorables que anteriormente.

6.ª Ante el tratamiento médico surge actualmente el gran problema: ¿Puede darse por definitivamente curado un caso de tuberculosis renal tratado médicamente? ¿En qué pruebas hemos de basarnos para ello? ¿Cuánto tiempo ha de durar la observación? ¿En qué signos hemos de fundamentar nuestro cambio de criterio terapéutico para pasar de la cura médica al tratamiento quirúrgico? — AUTORRESUMEN.

TISIOLOGÍA

TELLO, F.; VAL, J.; SEVER, A.; SALAS, J., y GARCÉS, J. — «LA ACCIÓN DE LA CICLOSERINA EN LAS TUBERCULOSIS PULMONARES CRÓNICAS.» «*Rev. Clín. Esp.*», *76, 3, 159. Madrid, 1960.*

ESTUDIAN los autores la acción de la cicloserina en cuarenta casos de tuberculosis pulmonar crónica en que había fracasado una terapéutica anterior con otros tuberculostáticos, señalando los buenos resultados obtenidos, la falta de toxicidad y de reacciones secundarias, que en los casos en que se presentaron cedieron fácilmente a la supresión del tratamiento.

El principal inconveniente es el elevado precio de esta terapéutica, que obliga a relegarla a un segundo término y como complemento de las terapéuticas clásicas. El criterio que representan es que en el enfermo tuebrculoso debe iniciarse el tratamiento con estreptomicina e hidrácida, continuarse con series alternativas de hidrácida o PAS asociados a la estreptomicina, y solamente en los casos en que se presenten resistencias a estos fármacos o en que fracase su utilización. Merece la pena ensayar la cicloserina, con la que, como decimos, obtienen buenos resultados. En algunos casos la curación fue total, y en otros hubo una mejoría suficiente que permitió una intervención quirúrgica posterior.

En los casos con lesiones extensas y gran componente fibroso, prácticamente la medicación fue ineficaz, hecho a tener en cuenta, pues, dado el precio del fármaco, debe evitarse su uso en estas situaciones.

Insisten en que es fundamentalmente su precio lo que impide una mayor utilización de este tratamiento, que, a veces, sustituye con ventaja a los clásicos tuberculostáticos. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EXTRANJERAS

APARATO CIRCULATORIO

THIEBLOT, L., FOURRIER, P. y DUCHÊNE-MARULLAZ. — «ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LOS EFECTOS DE LA INYECCIÓN INTRAARTERIAL DE SANGRE A CONTRACORRIENTE,» *(Étude expérimentale des effets de l'inyection intra-arterielle de sang à contre courant.)* «*Lyon Chirurgical*», *t. 55, n.º 1, págs. 42-45, enero 1959. Lyon.*

ESTUDIAN el efecto de la inyección de 20 c. c. de sangre por vía venosa y por vía arterial retrógada, en una serie de perros a los que previamente se les había provocado una sangría hasta obtener una presión arterial estabilizada entre 20 y 30 mm. de Hg. En estas condiciones, la introducción a presión de 20 c. c. de sangre por vía venosa no provoca ninguna respuesta favorable, y en uno de los casos se produjo una insuficiencia cardíaca irreversible.

Cuando la introducción se hace por vía arterial retrógada, hay una elevación inmediata de la tensión en todo el árbol arterial, y que es más intensa cuanto mayor es la presión de introducción. En seis de los ocho casos, la presión volvió a caer a las cifras anteriores, pero en los otros dos casos la subida brusca se continuó con otra elevación progresiva, evidente y duradera.

Los autores consideran que estos fenómenos son debidos a que la brusca dilatación de la arteria en el punto de perfusión provoca un espasmo reflejo de todo el árbol arterial con la consiguiente elevación tensional. — F. GONZALO VIVAR.

NUTRICIÓN

DUACHY, F. — «TRATAMIENTO DE LA DIABETES POR VÍA ORAL.» *(Le traitement du diabetes par voie orale.)* «*Le Concours Médical*», *35, agosto 1959. París.*

SE trata de una interesante revisión de las indicaciones y técnicas de utilización de las sulfamidas hipoglucemiantes, referida a los tres preparados existentes en el mercado francés: el BZ-55, el D-860 y el 2259-RP, que se presentan en comprimidos de 0'5 gramos.

La indicación ideal es la diabetes lipopletórica de la edad media de la vida, sin acidosis, que no se equilibra con el régimen solo y que se da especialmente en enfermos obesos. Ni la antigüedad, ni la diabetes, ni la existencia de tratamientos previos con insulina, son contraindicaciones para su utilización.

No deben usarse estos preparados en las diabetes infantiles, en los diabéticos delgados con tendencia a la cetosis, ni en el coma diabético.

Existen algunas pruebas que permiten predecir la utilización de los fármacos. Así, la comparación entre una curva de glucemia simple y otra en la que treinta minutos antes de empezar se administran 3 gramos del preparado; si las dos curvas son superponibles, la terapéutica será seguramente ineficaz.

Otra prueba es la administración en ayunas de 2 gramos del producto a probar. Si la glucemia desciende menos del 20 por ciento, el tratamiento será ineficaz.

La técnica del tratamiento varía según el enfermo haya tomado antes insulina o no. En este caso se comienza por 2 gramos al día la primera semana; 1'5 gramos la siguiente, y un gramo a partir del mes de tratamiento, controlando cada semana la glucemia y cada tres días la glucosuria hasta comprobar la buena respuesta.

Si el enfermo se trataba con insulina, se comienza con la misma dosis, disminuyendo la cantidad de insulina a administrar (10 unidades cada semana), hasta suprimirla totalmente si la respuesta es buena.

La tolerancia a la medicación es excelente, presentándose a veces trastornos digestivos, eritema alérgico, que cede con facilidad al suprimir la droga, y rara vez se presentan leucopenias, por lo que debe controlarse regularmente el cuadro hemático.

Se ha podido comprobar que no lesionan la función hepática. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

HEMATOLOGÍA

BJÖRNESJÖ, K. y SÖDERSTRÖM, N. — «ALGUNAS OBSERVACIONES EN DOS CASOS DE CRIOGLOBULINEMIA.» *(Some Observations in Two Cases of Cryoglobulinemia.)* «*Acta Soc. Med. Upsaliensis*», *64-168, 1959.*

LOS autores señalan la diversidad de las formas clínicas de la crioglobulinemia comentando dos casos: uno diagnosticado de sarcoidosis y en el que la crioglobulina era responsable de púrpura y alteraciones dermatíticas de la piel expuesta a baja temparatura sin que la crioglobulinemia de cinco años de duración, por lo menos, repercutiera sobre su buen estado general. Por el contrario, el otro caso, diagnosticado de mieloma múltiple, la muerte se atribuyó a la precipitación masiva intravascular de la crioglobulina.

En los dos casos la cantidad de crioglobulina era moderada y la falta de sintomatología podía atribuirse a que su precipitación se iniciaba a partir de los 29 ó 30 grados. Ambas crioglobulinas emigraban con la gamma globulina, y eran más ricas que ellas en carbohidratos. — PEG JUARRERO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MARTINE, G. A., y W. DÖLLE.—«CIRROSIS HEPÁTICA IDIOPÁTICA EN MUJERES MENOPÁUSICAS.» *(Idiopathische Lebercirrhose bei Frauen inder Menopause.)* «*Kl. Wschr*», *38, 13, 1960.*

LOS autores describen diez casos de cirrosis en los que durante su menopausia se desarrolló una cirrosis, considerada como idiopática por carecer de antecedentes tóxicos o virásicos.

El principio fue insidioso, con molestias generales y una ictericia, que era ligera, cuando la cirrosis estaba perfectamente desarrollada. La enfermedad se caracterizaba, clínicamente, por pigmentación de la piel, diátesis hemorrágica, artralgias, hiperproteinemia por hipergammaglobulinemia y tendencia a reacciones alérgicas.

Anatomopatológicamente corresponde al tipo de cirrosis postnecróticas de gruesos nódulos.

El tratamiento con corticoesteroides provocó mejoría, tanto objetiva como subjetiva. PEG JUARRERO.

MIROUZE, J., y otros (Montpellier). — «EL SÍNDROME DE LOS GRUESOS OVARIOS BLANCOS APRISIONADOS (SÍNDROME DE STEIN-LEVENTHAL): A PROPÓSITO DE TRES OBSERVACIONES.» *(Le syndrome des gros ovaires blancs emprisonnés —syndrome de Stein-Leventhal—: à propos de trois observations.)* «*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*», *núm. 9-10, págs. 659-668, septiembre-octubre 1959. París.*

PRIMERAMENTE exponen con detalle los tres casos. Afirman después que al encontrar una distrofia ovárica con un síndrome de hirsutismo, obesidad o esterilidad, debemos pensar en la existencia de un síndrome de Stein-Leventhal.

El poder afirmar el diagnóstico por una celioscopia y el saber que se puede obtener la curación por la decortización de los «gruesos ovarios blancos», da un interés considerable a tales eventualidades.

El problema sería simple si varios hechos no vinieran a complicarlo: 1.º La descripción de Stein-Leventhal no aportó ningún criterio biológico endocrino, aunque la naturaleza hormonal de la afección no ofrece ninguna duda. 2.º Numerosos autores han extendido el cuadro de Stein-Leventhal a hechos de ningún modo descritos por éstos, por ejemplo, observaciones en premenopáusicas, etc.

Si se quiere pronunciar el término síndrome de Stein-Leventhal hay que darle sus límites primeros: trastornos menstruales, alteración anatómica de los ovarios y criterio terapéutico de eficacia inmediata y espectacular.

A continuación hacen notar que en el amplio cuadro de la distrofia ovárica es posible aislar, y agrupar bajo un vocablo anatómico común «síndromes de los gruesos ovarios blancos», un grupo de síndromes clínicos bastante vecinos, asociando dos o varias de las siguientes manifestaciones: trastornos menstruales, esterilidad, hirsutismo, obesidad. La comprobación clínica de tales manifestaciones debe hacer buscar sistemáticamente la existencia de dos ovarios gruesos por el tacto vaginal y el neumoperitoneo ginecológico.

Dicen que no pueden discutir la patogenia ni la fisiopatología de una entidad tan mal limitada.

Discuten finalmente la táctica quirúrgica, abogando por una decortización total de los dos ovarios, más lógica y eficaz que la ablación cuneiforme. — J. RIVERA.

PEDIATRÍA

CACHAY DÍAZ, H. — «NUESTRA EXPERIENCIA EN LA TERAPÉUTICA DE LA TUBERCULOSIS EN LA INFANCIA.»

ACTUALMENTE se tiene que aceptar, cada día más, que la tuberculosis va siendo vencida como enfermedad.

La actual época quimioterápica-antibiótica es un colofón que marca una era nueva, progresiva, en la lucha del hombre contra esta enfermedad. Como ocurrió con los descubrimientos de Villemin y de Koch, que sirvieron para sacudirnos de la teoría de la herencia tuberculosa sustentada por Hipócrates y tan arraigadamente aceptada por muchos países.

Las formas agudas, las exudativas, son las que, de una manera general, comenzaron a beneficiarse mejor, primero, con la estreptomicina; después, con el PAS, y por último, con las hidrácidas.

Estas, asociadas, han permitido llegar a un franco progreso terapéutico.

El autor afirma que está convencido de que el 90 por ciento de los casos de primoinfección evolucionan favorablemente aun antes de la era antibiótica. Por ello considera que en estas formas, aun tratándose de niños menores de tres años, se está en la obligación de realizar una terapéutica activa, pero no

abusiva, a fin de sortear con toda facilidad el período peligroso de la primoinfección.

Es partidario el autor de que la base de la terapéutica está en la práctica de las medidas higiénico-dietéticas, y que la aplicación de las drogas antituberculosas estará supeditada siempre al estudio completo de cada caso particular.

Siguiendo estas directrices, ha conseguido el autor la curación de muchos casos considerados como incurables, obteniendo además los éxitos a largo plazo.

Esto se justifica por que el tratamiento directo sobre el germen solamente no modifica el terreno, a pesar de que sabemos desde época bien pretérita, que la aparición de la primo-infección implica, forzosamente, un cambio radical en el organismo: la alergia, la cual es responsable en los primeros momentos de la enfermedad de las reacciones orgánicas que se manifiestan, entre otras cosas, por la exudación característica y típica de la primo-infección, no sólo en el chancro de la inoculación, sino extendida también al ganglio y a todos los tejidos u órganos en los cuales se puede hacer presente el microbacterium tuberculoso en el momento de las diseminaciones hemática, linfática y canalicular.

De aquí que los grandes progresos en los estudios endocrinos han sido la base del progreso terapéutico conseguido con las infecciones en general y con la tuberculosis en particular.

La contraindicación del empleo formal de la cortisona en los tuberculosos, sostenida por algunos hace menos de un lustro, se ha transformado en la indicación obligada de esta droga en muy variadas formas clínicas de la tuberculosis para aprovechar su efecto antiflogístico, antiproliferante y sus propiedades antialérgicas y antiexudativas.

Pero como los clucocorticoides favorecen la difusión bacteriana al disminuir la defensa celular, necesitamos de la asociación de tuberculostáticos que actúen durante mucho tiempo, para impedir esta difusión, y deberemos emplear el tratamiento hormonal mientras dure el período inflamatorio. Una vez vencido éste, deberá ser suspendido el tratamiento glucocorticoide.

El autor presenta una interesantísima casuística de cincuenta y seis enfermos con meningitis, granulia pulmonar y serositis.

En todos los casos asoció glucocorticoides en la terapéutica de los mismos, además de la terapéutica bacteriostática a las dosis de medio a un miligramo por kilo de peso, en veinticuatro horas, durante veinte a sesenta días, de acuerdo con cada caso clínico.

Muchos de los casos, bien graves, la corta edad no impidió la casi totalidad de la curación de los mismos, hasta en los menores de un año, con granulia y meningitis asociadas.

Se destaca la acción selectiva de los corticoides sobre la fiebre, que suele desaparecer a las veinticuatro horas, quizá porque ésta tenga origen alérgico.

Se presenta gran mejoría del estado general de estos pacientes, con un aumento notable de la curva de su peso. Ello sería consecutivo a la acción desintoxicante que posee, junto con la mejora del apetito que produce, después de haber eliminado el cortejo sintomático de exudación y alergia.

Por otro lado, el efecto regulador que tiene la cortisona sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, aumentando la glicemia y favoreciendo la glucogénesis, explicaría, hasta cierto punto, el mejor estado nutritivo. Pero la glucogénesis nos da la explicación del balance negativo de nitrógeno, dándonos con ello la pauta para corregir el déficit proteico, administrando a estos enfermos una alimentación hiperproteica.—A. MALLÓU LABRADOR.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

BERTRAND, P. — «CORRECCIÓN DEL GENU FLEXUM DE LOS ESPÁSTICOS.» *(Correction du genu flexum chez les spastiques.) «Revue de Chirurgie orthopedique et réparatrice de l'appareil moteur», t. 45, n.º 3, págs. 416-423; julio-agosto 1959. París.*

DESPUÉS de una breve crítica de los principales métodos empleados hasta la fecha para corregir la deformación y prevenir las recidivas, el autor propone una nueva técnica operatoria, que ya ha empleado en 40 casos y que es una variante de la operación de Eggers. Su principio consiste en la transposición de las inserciones inferiores del bíceps y del semimembranoso a la cara posterior del fémur. Según los casos, completa la operación con la elongación por desdoblamiento del recto interno y del semitendinoso, o bien, cuando hay un equinismo concomitante, por transposición de la inserción de los gemelos a la región inferior de la cápsula articular y neurotomía parcial de los mismos.

Los mejores resultados los ha conseguido en la enfermedad de Little bilateral.

Hace resaltar la importancia primordial de la reeducación funcional postoperatoria, que es larga y laboriosa, y en la que juega un papel preponderante el grado de desarrollo psíquico del enfermo.

En todos los casos que presenta, la operación ha mejorado las condiciones de marcha de los enfermos. — F. GONZALO VIVAR.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 411 - TOMO LXIX
JUNIO 1960
CONGRESOS

PRIMERA REUNIÓN DE LOS GINECÓLOGOS CANARIOS, EN STA. CRUZ DE TENERIFE

(2 - 5 de mayo de 1960)

EL día 2 de mayo de 1960, en Santa Cruz de Tenerife, coincidiendo con las fiestas anuales de la capital de Tenerife, a las seis treinta de la tarde, y en el Colegio Oficial de Médicos, nos dimos cita todos los ginecólogos del Archipiélago de Canarias, para celebrar solemnemente la primera reunión, con la asistencia de las máximas autoridades locales de esta provincia. Entre las figuras que formaban la Mesa, se encontraba la primera autoridad de la provincia, el Excelentísimo Sr. Gobernador Civil (en el centro) Sr. Ballestero; a la derecha se encontraba el Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias, D. Angel Vinuesa; el Presidente del I. P. T., Dr. D. Tomás Cerviá; el Presidente de la Sociedad Ginecológica Canaria, Dr. D. Francisco Trujillo Castro; y a la izquierda se encontraba el Excelentísimo Sr. Gobernador Militar de la Plaza; el Dr. Parache, de Madrid, como Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Española; el Presidente del Colegio Oficial de Médicos, Dr. Parejo; el Ilmo. Señor Alcalde de esta capital; el Dr. Orengo del Castillo, de Madrid, como Secretario de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Española; el Dr. Serrano Salagray, en representación del Ilmo. Sr. Presidente de la Audiencia, y el Secretario de la Sociedad Ginecológica de Canarias, Dr. Peña Regidor.

Comienza el acto dando lectura el Dr. Peña Regidor, del acta de constitución, terminando con una referencia de todos los miembros componentes de la Sociedad Ginecológica de Canarias. Acto seguido, el Sr. Gobernador concede la palabra al Sr. Presidente de la Sociedad Ginecológica de Canarias, Dr. Trujillo Castro, quien expresa con palabras cariñosas la gratitud por la asistencia de todas las autoridades que se han dignado asistir a este acto, dando realce y brillantez al mismo. A continuación, da la bienvenida a los ilustres visitantes, representantes de la



El Dr. Francisco Trujillo Castro, Presidente de la Sociedad Ginecológica de Canarias, dando lectura a su discurso. Se distinguen en la mesa presidencial, de izquierda a derecha: el Dr. Cerviá (Director del I. P. T.); D. Angel Vinuesa; el Sr. Ballestero, Gobernador Civil; el Sr. Gobernador Militar de la Plaza; el Dr. Enrique Parache; el Dr. Pareja, Presidente del Colegio de Médicos de Tenerife, y el Dr. Orengo Díaz del Castillo.

Sociedad Ginecológica Española, Dres. Parache y Orengo del Castillo, como también a los compañeros de la provincia hermana y sus respectivas señoras, que se han dignado asociarse a los actos que en el día de hoy celebramos con motivo de la inauguración. Igualmente tiene palabras para todos los componentes de la Sociedad, y augura, finalmente, el feliz éxito de esta primera reunión, con la esplendidez que ha significado las personalidades que ocupan el salón del Colegio de Médicos de esta provincia. Por último, el Excmo. Sr. Gobernador Civil pronuncia unas palabras felicitando a esta Sociedad y deseándole que en dichas jornadas sean de utilidad los frutos que se recojan, para mayor bien del fin que persiguen los trabajos de esta primera reunión de Obstetricia y Ginecología, y con unas palabras finales se congratula de ser él en persona quien declare abiertas las jornadas de la misma.



El Dr. Parache, durante su conferencia

Previo un breve descanso, comienzan los trabajos de esta primera reunión, con la conferencia del doctor Parache, de Madrid, sobre el tema «Tratamiento quirúrgico del cáncer del cuello por vía vaginal». Inicia su lección con unos amplios detalles anatómicos, muy especialmente a la vascularización linfática del aparato genital femenino, con numerosas ilustraciones en blanco y negro y en color, lo que hacía más amena la exposición de esta primera parte. El autor también da cuenta de la importancia que tiene hoy la extirpación de los paquetes ganglionares por vía extraperitoneal, operación previa que asegura aún más las cifras de supervivencia de las pacientes portadoras de estos blastomas. Más tarde relata toda clase de detalles de esa terapéutica quirúrgica por vía vaginal, refiriendo a continuación su propia casuística personal, cuya cifra suma unos 230 casos intervenidos, que comprenden diferentes grados donde la cirugía consideraba el autor como solución más selectiva para el tratamiento. Termina diciendo que la terapéutica física es también otra de las armas complementarias que en el postoperatorio maneja en el tratamiento de estos blastomas. El autor da fin, elogiando este proceder, que considera más inocuo que la vía abdominal.

A las diez de la noche del mismo día, todos los asambleístas son invitados por la comisión organizadora a una cena de confraternización en el «Real Club Náutico» de Santa Cruz de Tenerife. Un conjunto artístico de danzas regionales, conocido por el nombre de «Flores del Sur», con sus danzas y cantos típicos, exponentes de todo el colorido de esta isla, deleitó a todos los comensales con su variado repertorio de «folias», «isas» y «malagueñas». La hermosura del marco de este «Club Náutico», la luminosidad que ofrecían aquella noche las numerosas naves turísticas extranjeras y nacionales surtas en nuestro puerto, la tranquilidad del mar y el lejano murmullo de las olas, acariciadas por el reflejo de la luna, contribuyeron, junto con la camaradería de viejas y nuevas amistades, al esplendor y brillantez de la fiesta, como broche de oro al primer día de trabajo de esta Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias, acto que se prolongó hasta altas horas de la madrugada.

El siguiente día, 3 de mayo, a las ocho y media de la mañana, una gran caravana de automóviles parte del majestuoso y lujoso «Hotel Meencey», de esta capital, con todos los asambleístas, en ruta hacia el Teide, situado a 3.750 metros sobre el nivel del mar, por la carretera dorsal de la isla. Con un día espléndido y de radiante sol, se inicia la marcha a través del Bosque de la Esperanza e Izaña, Portillo y el Parador de Turismo de Las Cañadas, meta final de la expedición. Previa una visita a las instalaciones del Parador, pasan todos los excursionistas a admirar las bellezas del Valle Ucanca y a la majestuosidad impresionante del Pico Teide, cuyas faldas aún conservaban grandes manchas de nieve del pasado invierno. Cámaras fotográficas y tomavistas funcionaron sin cesar durante todo el tiempo que duró la estancia, gracias a la luminosidad que aquella mañana se asoció a la excursión. Después de un recorrido por todos aquellos alrededores, y agotadas las reservas de celuloides de las cámaras, se procede al

regreso por la ruta de La Orotava, hacia el Puerto de la Cruz, previo un alto en la villa de La Orotava, contemplando desde el balcón del Hospital Civil de la citada villa la inmensa vegetación y el colorido del valle platanero de esta isla, pasando después al gran «Hotel Taoro», donde nuestros ilustres visitantes contemplaron las bellezas de los jardines de este suntuoso hotel, siguiendo después de una breve estancia hasta el Puerto de la Cruz, a la piscina de San Telmo, donde la casa «Parke-Davis» nos obsequió con un aperitivo, pasando a continuación al nuevo «Hotel Las Vegas», de reciente construcción, situado a la orilla del mar, donde se sirvió a todos los asistentes un magnífico menú. A los postres, el Presidente del Colegio de Médicos, comensal e invitado, dio lectura a unos versos, donde de forma humorística brindó por el éxito de estas jornadas médicas. A las tres de la tarde, la caravana de autos se puso en camino en dirección a la capital, con el fin de asistir a las cinco y media de la tarde a la corrida de toros, donde las figuras del capote «Chamaco» y Pedrés y el rejoneador Salvador Guardiola, todos con mucho acierto, nos hicieron disfrutar de toda la emoción de nuestra fiesta nacional; cortes de orejas y rabos, con salidas al ruedo para las tres figuras de la tauromaquia, dio más alegría y colorido a su actuación.



El Dr. D. Francisco Orengo, en la tribuna

Como final de todos estos actos sociales, a las ocho y media de la noche, todos los componentes de esta primera reunión presenciaron en la terraza principal del Casino Cultural de esta capital los fuegos artificiales que con motivo del Día de la Cruz, día de máximo esplendor de las fiestas locales, tuvieron lugar en la Plaza de España, donde se desarrolló una exhibición de alarde de pirotecnia, a cargo de los especialistas canarios de esta materia.

El día 4 de mayo, a las once de la mañana, de nuevo en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, se reanudan los trabajos científicos. Tomó la palabra el Dr. Orengo del Castillo, como Secretario de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Española, quien, antes de entrar de lleno en el tema, dio lectura a unas cuartillas en las que expresa su agradecimiento personal por la serie de atenciones de que han sido objeto desde que llegaron a esta isla. A continuación, glosa las bellezas de nuestra isla, así como la hospitalidad recibida, y termina saludando en nombre de la Ginecológica Española a esta nueva filial Ginecológica canaria. Acto seguido, entra de lleno en su conferencia, cuyo tema elegido ha sido «El veratrum, como tratamiento en las toxemias gravídicas». Después de una breve exposición histórica de esta medicación, hizo una descripción detallada de los efectos de esta droga sobre su casuística personal, recogida en la Maternidad de María Cristina, de Madrid, centro donde dicho autor ejerce sus funciones profesionales. A través de su conferencia, termina el autor resaltando los efectos beneficiosos de esta medicación, que maneja por vía endovenosa, y en goteo con solución glucosada, sola o asociada con otros hipotensores. Refiere las crifas de mortalidad materna y fetal en la eclampsia y en el eclampsismo, y da fin a su magistral conferencia aconsejando el manejo de la misma, dadas las bajas cifras, tanto de mortalidad y morbili-

dad materna y fetal, como terapéutica en esta dolencia.

Previo un descanso de quince minutos, se procede a la organización de las Mesas Redondas de «Prolapso genital» y «Cesárea», en las que figuraban destacadas personalidades, dentro de nuestra disciplina, de las provincias hermanas de Las Palmas y Tenerife, juntamente con los Dres. Parache y Orengo del Castillo, en la cabecera de las mismas. Por Las Palmas, recordamos los nombres de los Dres. Megías (Jerónimo y José) y Salvador Cabrera, y por la provincia de Tenerife, Dres. Trujillo Castro, Carrera, Asín, Tapia Saenz, Martín y Trujillo Cabrera y Muiño Blas. Como coordinador de la mesa de «Prolapso genital», el doctor Peña Regidor, y en la de «Cesárea», el Dr. Salvador Cabrera, de Las Palmas. Tanto en la discusión de una mesa como en la de otra, la diversidad de preguntas hechas por los asistentes, como por la intervención de los señores de la mesa, resultó muy animado el conjunto de preguntas y respuestas, de gran interés y de enseñanza a todos los asistentes. Al final, el Secretario de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Canarias, Dr. Peña Regidor, dio lectura a unas cuartillas, en agradecimiento a las autoridades y compañeros asistentes a esta solemne sesión inaugural.

Y como acto final, el Presidente de la Sociedad de Canarias, Dr. Trujillo Castro, hizo entrega de los Diplomas de Miembros de Honor a los Dres. Parache y Orengo del Castillo, en medio de un prolongado aplauso de todos los asistentes. Posteriormente, el Dr. Parache, como Presidente de la Nacional, y el Presidente de la filial de Canarias, entregaron a todos los presentes el Diploma de Socios Fundadores.

A las tres de la tarde de dicho día, la Junta Directiva se reunió con todos los visitantes de la vecina isla y los ilustres huéspedes de Madrid, en un suntuoso restaurante situado en los alrededores de la Ciudad Universitaria de San Cristóbal de La Laguna, emplazada a 400 metros sobre el nivel del mar, donde se sirvió la última comida de despedida, acompañándoles a continuación al Campo de Aviación de los Rodeos, desde donde abandonaron nuestra isla de Tenerife, retornando a sus hogares, dejándonos un imborrable recuerdo, con la promesa de volvernos pronto a reunir en la maravillosa isla redonda de Las Palmas, en una fecha no muy lejana. Y de esta forma hemos dado fin a estas históricas jornadas, que los ginecólogos de Tenerife, ayudados por los compañeros de nuestra hermana isla de Las Palmas y trabajando todos «hombro a hombro», han sabido colocar en un sitio muy alto dentro de nuestro ámbito regional, a esta Sociedad de reciente creación, que en estos tres días transcurridos han sido más que suficientes para impulsar en lo sucesivo estímulo al estudio y al trabajo dentro de nuestra especialidad.



Un aspecto de la sala del auditorium, el día inaugural de la Reunión

DR. P. DE LA PEÑA REGIDOR
Santa Cruz de Tenerife

INDICE (1)

DE AUTORES

	Págs.
A	
Abaitice	45
Agote Poveda	39
Ahrén	379
ALABA	*424
Alcalá	221
Alemany Vall	57
Alier Ochoa	58
Alonso	39
Alonso Vivancos	221
Alvarez	228
Anaya	120
Anglesio	122
ARESO CORTADÍ	*263
Arias Martínez	39
Artolfi	229
Azan	46
Azevedo	382
B	
Babolini	48
Badosa Gaspar	53
Balagué Formiguera	54
Balagué Vintró	220
Barbará	43
Barberá Voltas	129
Barreda	120
Barrier	124
Bayliss	274
Beguiristain	223
Beltrán	128
Berroera	128
Bertrand	464
Beumer	456
Bieto	36
Björnesjö	462
Blau	229
Bobbio	381
Boch	216
Bonafonte Fernández	57
BONILLA	*321
Borrás Molera	52
Boss	272
Botella Llusiá	374
Boulanger	372
Bracons Huguet	130
Bregnani	121
Bret 124,	376
Brochier	224
Brodi	124
Burruano	125
Buzzi	46
C	
Cachay Díaz	463
Callis	220
Cambiano	229
Candenys Cervera	130
Carrari	217
CARRINGTON	*10
CARRON	*22
Carvalho	381
Casanovas	460
Casellas	459
Casellas Bernart	220
Casena	229
Castellano	122
Castellanos .. 46,	118
CASTILLO DE LUCAS	*387
Cattaneo	122
Celma Hernández	214
CELMA, RAMÓN	*290
Cercós García	131
Cerviá	115
Cetingil	277
Cobet	216
Conde Gargollí	119
Condominas Pereña	284
Coll - Monegal	230
Cónill	367
Constantini	273
Conybeare	215
Corday	459
Corral	46
CORTEJOSO	*399
Costa Bertemi	117
Cuatrocchi	280
Curci, ... 229,	280
CH	
CHABÁS	*436
Chini	276
D	
Dall'Aglio	273
Darmarllacq	44
DAUCHY	*32
Dauden Sala	222
Del Campo	367
De Rábago	39
Díaz	46
Di Bartolo	229
DIEULAFE	*109
Dimsford	273
Dogliotti	123
Dölle	463
Doménech Alsina	58
Doyle	228
Duachy	462
Duchene-Marullaz	462
Duparc	377
Durán Molina	214
Durupt	121
E	
Editorial	380
Eiris	226
Ellenberger	48
Endara 47, 126,	227
Espinosa	227
F	
Fabre	458
Farreras	114
Faz Tabir	45
Fermoso Movilla	455

(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.

Fernán Pérez *395
Fernández Ruiz *74
Fernández Ruiz 368
Filograna 280
Foix 377
Folschveiler *241
Fourrier 462
Freixas 459
Fruchaud 457

G

Gaida 49
Gallart Esquerdo 52, 54, 129 282
Garbayo Araiztegui . 1
Garcés 461
García Ayuso 369
Garcena 122
Garrigués 119
Gauthier 225
Gibert Queraltó 220
Gilsanz 120
Ghio 49
Giménez Camarasa .. 41
Gómez Lus *17
González Galván ... *430
González Fontana ... 221
González Medina ... 221
González Puebla 46
Gonzalo *241
Gorga 376
Goury-Labbont 121
Granjel *234
Grant 273
Grañén Baso ... 231 283
Gras 119
Grato E. Bur 379
Grimaldi 225
Grob 38
Guerra 383
Guerra (W. E) 53
Guidi 229
Gutzeit 216
Guzmán Blanco 278

H

Halbrecht 125
Haydee V. de Adduci 379
Heredia Tobías 285
Hernández (A.) 233
Hernández Alcántara 369
Honel 375
Horno Liria (L.) ... 291
Horno Liria (R.) *133 *258

I

Imber de Coronil ... 228
Iribarne 383
Irving 459

J

Jaqueti del Pozo ... 41
Jayle 372
Joeis Da 381
Jorio 122

K

Karasa 277
Kempf *81 *241
Köhler 457

L

Langueri 45
Largueze 225
Lecha 460
Legros 376
Leuti 123
Leuzi 370
Linbgren 278
López Fernández ... *347
Luna 47

LL

Llovera Grases 131

M

Magalhaes Gómez ... 127
Malimovka 277
Mallarmé 117
Manchón Azcona 59 285
Marconi 48
Maroudis 45
Martí Abizanda 282
Martine 463
Martínez Cruz 280
Martius 370
Mascaró 222
Massó Subirana .. 58 233
Mas y Magró *259 459
Mateu-Aragonés 376
Matis 37
Mathieu 377
Maun 215
Mazzacurati 38
Mazzei 114
Mazzeo 277
Mercadal Peyri 41
Merck 218
Merleu 276
Michon 273
Mirouze 463
Montela 280
Morales González ... 455
Mozota Sacardía ... *87
Müller 378 379
Mullargarcía 225
Munárriz E. *260
Mundet Torrellas ... 58
Murphy 274
Munvielle 115

N

Naegeli 37
Naranjo 227
Navarro Sala 42
Navés 456
Nickel 225
Norbiato 43
Nolla Panadés 220
Notter 44 382
Novo González *331
Numo Th. Dc. 45

O

Olier Ochoa 131
Oliver Rubio 309
Oller Damella 58
Oraison 371
Ouorati 378

P

Pau Roca 120
Pauwels 127
Paveri 121
Pedrazzi 225
Pelachino 122
Peláez Cueto 321
Peláez Redondo ... *419
Penas Goás 40
Peña Regidor *353 465
Pereiro Miguens 222
Perés Serra *249
Pérez Guanipa 128
Perianes Carro 221
Peypoch 52
Picatoste 460
Pickering *270
Piguinela 223
Pini 120
Piri 43
Pirtoni 124
Pons (A.) 232
Pons Poch 41
Poulizac 225
Puigvert *168
Puig y Roig 114
Pradés Pla 232

Q

Quenu 275
Querci 45
Quintana Montero . *401

R

Rabino 49
Raoul 217
Ray 224
Recoder Clavell 282
Reudle-Short 382
Reulos *22
Rey Ardid *291

Ricco 122
Riera Zubillaga 278
Río (C. del) *424
Robert *359
Rodríguez García ... *200
Rodríguez Miñón ... 119
Rodríguez Pérez 41
Rojas 46
Romero 213
Rosas 47
Royo-Villanova *60 319
Rubiés 456
Ruero 280
Ruiz Torres 36
Rupe 225

S

Sádaba 459
Sádabo-Pardo 220
Sal 47
Salas 461
Salomone 48
Salleras 55 283
Sánchez Carros 39
Sánchez Lacunza *106 *266
Sancho de S. Román 369
Sanoja 278
San Pío 40
Scarponi 43
Seggiaro Canale 44
Selvini 121
Senis 280
Seriñana Bayer ... 56 283
Serrate *103
Sever 461
Silvertini 122
Sobragrau Augé 56
Söderström 462
Sokolowsky 39
Soler Sala 284
Sorribes Santamaría . 222
Soto 227
Soulairad 217
Subirana 58 233
Sueiras Fechtenburg . 230
Stulz *81 *241
Stagnaro 126
Steiff 273
Sveunerud 374

T

Tadel 224
Taquechel 46
Tecwyn Williams ... 373
Teixidor 54
Tello 461
Thieblott 462
Thompson 278
Tigano 280
Torrejón *356
Torres de Garró ... 58
Toulouse 45
Tovao Escobar 228
Triadú 285
Trilla 459
Trilla Sánchez 220
Turet 119

U

Umbert Torrescasana . 41
Ulutin 277

V

Val 461
Valladares 280
Vallet Armengol 131
Vannier 37 457
Vázquez Ferro 375
Verástegui Ordóñez. *438
Verdura 120
Viar Flores *174
Vilanova 222 460
Villanova 41
Vlahovitch 115

W

Weyn 375
Wolff Netto 379

X

Xandro 305

Z

Zarco 459
Zimmer 457
Zubiri Vidal ... *39 309
Zuckermann ... *116 161

DE MATERIAS

Págs.

A

Aborto (Acción de la Metilnortestosterona en el embarazo y en la amenaza de) 377
Abdomen (Chirurgie de l'etage superieur de l') 457
Absentismo (Dismenorrea y) 374
Accidentados de trabajo (Biomecánica y rehabilitación de la muñeca en) *401
Accidentes hemorrágicos en recién nacidos 45
Accidentes de los niños en Venezuela (Los) 228
Acromegalia (Cinco casos de) 123
Adherencias peritoneales (El problema de las) 223
Adenocarcinoma de útero *331
Aerosoles de hormona posthipofisaria durante el trabajo uterino 44
Afecciones con tos convulsiva (La tos ferina y otras) 459
Afecciones de la rodilla (Clínica y terapéutica de las) 456
Agua oxigenada (Administración intravenosa de solución de) 45
Aguas sulfurosas en España (La riqueza de las 119
Aftas bucales (Su tratamiento) 124
Alergia (Aguda y crónica) 126
Alimentación en las enfermedades gástricas (La) 223
American Hospital Association (Prestigio y eficacia de la) 281
Aminoácidos del suero mediante cromatografía sobre papel (Determinación cuantitativa de los) 43
Analítica existencial (Psicoanálisis y) 272
Analistas (VIII Jornadas de médicos) 51
Anamnesis (En clínica geriátrica) ... 130
Anatomie et de Physiologie humaines (Précis de) 217
Anemie emolitiche (Eritroenzymopatie ed) 217
Anexos conservados (Cristalización del moco cervical en las histerectomizadas con) 381
Anomalía en las venas pulmonares . 273
Anticoagulantes (Hipercoagulabilidades en el curso de los) 224
Anticoagulantes semejantes a la heparina (Presentación de) 277
Anti-globulin (Coombs) (The) 273
Antipalúdicos de síntesis (Pigmentaciones en enfermos tratados con) ... 222
Anuncio profesional del médico ...
Aparato digestivo (Respuesta psicosomática en) 129

Págs.

A.P.I.M. a la W.M.A. (De la) *395
Arritmias cardíacas (La hemodinámica coronaria durante las) 459
Articulación de la muñeca en accidentados de trabajo (Biomecánica y rehabilitación de la) *401
Artrodesis (En las artropatías neuropáticas) 131
Artropatías neuropáticas (Artrodesis en las) 131
Aspiración endocavitaria (Diagnóstico y control radiográfico de la colapsoterapia médica y de la) 48
Auscultación cardíaca 214

B

Balistocardiografía 276
B. C. G. (Viraje de la leprorreacción por la) 222
Betaplasmocitoma (Remisión repetida en un caso de) 122
Biliar (Fibroma uterino y litiasis) ... 44
Bilis calcárea 55
Biochimie médicale (Exposés annuels de) 372
Biopsia en la enfermedad de Wilson (La) 120
Biopsia-sonda en el diagnóstico de la tuberculosis genital femenina (La) *353
Biopsia renal en la enfermedad de Wilson 120
Biopsia selectiva del cuello uterino (La) 375
Biotrones *106
Brucelosis en Huesca (La) *1
Bucales (Tratamiento de las aftas) ... 124

C

Camino de la fe (El) 456
Cáncer (Esbozo de una nueva etiopatogenia y terapéutica del) *436
Cáncer (Lucha contra el) 214
Cáncer mamario en el hombre *161
Cáncer de tiroides en la infancia 221
Cáncer de tiroides (Tratamiento con isótopos radioactivos) 130
Cáncer de pulmón (Tuberculosis cavitaria y) 229
Cáncer rectosigmoideo (Orientación operatoria) 58
Cancerosos (La función hepática en los) 122
Carcinoma cervical uterino (Profilaxis del) 376
Cardíaca (Auscultación) 214
Cardíaca (La hipotermia en cirugía) 56
Cardíacas (La hemodinámica coronaria durante las arritmias) 459

Cardiovascular (Infección focal en patología) 276
Cefaleas vasculares (Efigmografía electrónica en la valoración de las) ... 46
Cerebrales (Radioterapia de los tumores) 278
Cervical uterino (Profilaxis del carcinoma) 376
Cervical en la esterilidad femenina (El factor) 379
Cesárea en la etiología de las encefalopatías connatales (El papel de la) 376
Cesareadas anteriormente (El porvenir obstétrico de las mujeres) 382
Ciáticas clínicas 117
Cicloserina en las tuberculosis pulmonares crónicas (Acción de la) 461
Cinerradiografía (Valor práctico de la) 285
Cirugía cardíaca (La hipotermia en) 56
Cirucía conservadora en Ginecología *109
Cirugía de la sordera 40
Cirucía funcional del oído (Procedimientos en) *87
Cirugía tubárica (En la esterilidad femenina) 378
Cirugía torácica 276
Cirrosis hepática idiopática en mujeres menopáusicas 463
Citremia en nefropatías *200
Clínica y terapéutica de las afecciones de la rodilla 456
Clinical Medicine (Practical procedures in) 274
Clorotiazida (Acción diurética de la) 46
Clorotiazida en el tratamiento de la hipertensión arterial (La) 39
Coagulopatías (En el recién nacido) ... 383
Cócleo-vestibular (Acción terapéutica de la riboflavina en el síndrome) ... 40
Colagénesis terapéutica por vegetales en las hepatopatías (La) *430
Colangiografía operatoria 282
Colapsoterapia médica (Diagnóstico y control radiofotográfico de la) 48
Coloboma del cristalino 131
Colpofotografía 375
Colpomicroscopia (La) 375
Consentimiento quirúrgico en las mujeres casadas (El) *60
Congrés international de la Médicine (Sixième) 275
Contracciones uterinas (Efectos de los cambios de posición de la parturienta sobre las) 383
Convulsiones relámpago 127
Corazón en el diagnóstico de las hipertrofias ventriculares (La palpación del) 39
Cordón umbilical del recién nacido (Tiocianatos en la sangre del) ... *438
Cordón umbilical en el recién nacido (Nuevo método para ligar el) 44
Coronaria durante las arritmias cardíacas (La hemodinámica) 459
Coriomeningitis linfocitaria aguda ... 47
Coxartosis (El tratamiento quirúrgico de la) 127
Clínica del presente (La) 216
Clínica y terapéutica de los procesos tromboembólicos 37
Crioglobulinemia 462
Cristalización del moco cervical en las histerectomizadas con conservación de los anexos 381
Craneofaciales (Distrofias) 47
Cromatografía sobre papel (Determinación cuantitativa de los aminoácidos libres del suero mediante) 43
Cristalino (Coloboma del) 131
Cristalización del moco cervical en las histerectomizadas 381
Cuello uterino (Endometriosis primitiva del) 378
Cultivos de hongos (Métodos de conservación de) 222
Cutáneos (Osteomas múltiples) 41

CH

Chirurgie de l'abdomen 457
Chirurgicale illustrée (Nouvelle pratique) 275

D

Dedef 314
Degradaciones y desvitalizaciones en los delincuentes a través del test de Rorschach 126
Delincuencia (Problemas políticos y sociales de la) 46
Depresión y estados afines 272
Desarrollo de las glándulas mamarias de la rata (Factores hormonales y nutritivos en relación con el) 379
Desembocadura anómala de las venas pulmonares (La) 273
Detoxications mechanisms 373
Diabetes por vía oral (Tratamiento de la) 462
Diabetoides del embarazo y su tratamiento con los derivados sulfanilureicos (Los estados) *347
Diafragmática del colon (Hernia) ... 282
Diagnóstico de la macroglobulinemia 119
Diagnóstico de la tuberculosis genital femenina (La biopsia-sonda en el) *353
Diagnóstico de las hipertrofias ventriculares) 39
Diagnóstico de los eczemas por contacto (Las pruebae epicutáneas llamadas «standard» en el) 41

Diagnóstico radiológico de las fibrosis pulmonares) 59
Diagnóstico y control radiofotográfico de la colapsoterapia médica 48
Diarrea infantil (La infección bacteriana de los ganglios linfáticos en la) 280
Diccionario alemán-español y español-alemán, de Medicina 36
Diccionario español de especialidades farmacéuticas 214
DIETÉTICA DE LA ENURESIS *103
Dietética de la lisina en algunas formas morbosas (Influencia) 225
Digestiva (Hidratación exclusiva por vía) 128
Digestivo (Poliestenosis del tubo) 53
Discopatías (El pronóstico de las lumbociatalgias por) 285
Disfacia por enfermedad de Steinert . 285
Dismenorrea y absentismo 374
Disóstosis craneofacial hereditaria o enfermedad de Couzon 227
Distonías neurovegetativas 126
Distrofias craneofaciales 47
Distexia en la personalidad (La) 225
DIURÉTICOS DE SÍNTESIS *32
Divulgación psicológica 283
Dolores torácicos (Los) 37
Douglas (L'ernia vaginales del) 370
DUODENO (RUPTURAS TRAUMÁTICAS DEL) *81

E

Eczema (Tratamiento y evolución) ... 126
Eczemas por contacto (Las pruebas epicutáneas «standard» en el diagnóstico de los) 41
Electrogénesis (La neurona y el proceso de la) 227
Elitrocele (L'ernia vaginales del douglas o) 370
ELOGIO DE LA SABIDURÍA *295
ELOGIO Y NOSTALGIA DE MARAÑÓN *399
Embarazo; normas de higiene prenatal (Atención al) 455
EMBARAZO Y SU TRATAMIENTO CON LOS DERIVADOS SULFANILUREICOS (ESTADOS DIABETOIDES DEL) *347
Embarazo y en la amenaza de aborto (Acción de la metilnortestosterona en el) 377
Embrión (Insuficiencia luteínica como causa de muerte habitual del) 374
ENCLAVIJAMIENTO METÁLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS (OSTEOSÍNTESIS POR) *174
Encefalopatías connatales (Papel de la cesárea en la etiología de las) 376
Endometriosis primitiva del cuello uterino 378
Enfermos tratados con antipalúdicos de de síntesis (Pigmentaciones en) ... 222
Enfermedad de Crouzon (Disóstosis craneofacial hereditaria o) 227
Enfermedad de Hanor-Schüller-Christian de comienzo bucal 120
Enfermedad de Steinert (Disfacia por) 285
Enfermedad mitral (La hipertensión pulmonar en la) 232
Enfermedad ulcerosa (La) 43
Enfermedad de Wilson (La biopsia en la) 120
ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA VIRAL ... *259
Enfermedades gástricas (La alimentación en las) 223
Enfermedades mentales (Aspectos culturales de las) 48
Epilepsia (Diferenciación entre síncope y) 58
Enfermos psiquiátricos (Formación de los) 277
ENURESIS (DIETÉTICA DE LA) *103
Epilepsia (Aspectos de la herencia de la) 47
Eritroenzymopatie et anemie emolitiche 217
Eritematoso (Concepto del lupus) 225
Efigmografía electrónica en la valoración de las cefaleas vasculares) ... 46
Esófago (Eritrosis del) 52
Esposos (La unión de los) 371
Espásticos (Corrección del genu-flexum de los) 464
ESTADOS DIABETOIDES DEL EMBARAZO Y SU TRATAMIENTO CON LOS DERIVADOS SULFANILUREICOS (LOS) *347
Estafilococos en el niño (Manifestaciones pleuropulmonares de la infección por) 278
Estenosis del esófago 52
Estenosis mitral con hipertensión pulmonar severa (Signos de la) 220
Esterilidad (Factores psicosomáticos de la) 379
Esterilidad femenina (El factor cervical en la) 379
Esterilidad femenina (Cirugía tubárica en la) 378
Esteroides en la práctica alérgica (Los) 232
Etiltiosulfato sódico en la tuberculosis experimental del cobayo (La actividad del) 280
Etiología de las encefalopatías connatales (El papel de la cesárea en la) 376
ETIOLOGÍA VIRAL (ENFERMEDADES DE) *259
Etiología, patogenia, tratamiento y evolución del eczema 126
Exploración renal en Pediatría 229
Exposés annuels de biochimie médicale 372

F

FACIAL (PARÁLISIS) *249
Factor cervical en la esterilidad femenina (El) 379
Factores hormonales y nutritivos en relación con el desarrollo de las glándulas mamarias de la rata 379

Factores psicosomáticos de la esterilidad 379
Fe (El camino de la) 456
Fibroma uterino y litiasis biliar 44
Fibrosis pulmonares (Diagnóstico radiológico diferencial de las) 59
Fiebre y febrículas en los niños 229
Fisiopatología (Patología general y) . 213
Fisiopatología del reflejo gastroesofágico 57
Fisiopatología circulatoria pulmonar (Modernas orientaciones de la) 123
Formulaire Astier 372
Función hepática en los cancerosos (La) 122
FUNCIÓN Y ALCANCE DE LA PRENSA MÉDICA *133
Función tiroidea (Determinación de la) 45
FRACTURAS DIAFISARIAS (TRATAMIENTO DE) *241
FRACTURAS (OSTEOSÍNTESIS POR ENCLAVIJAMIENTO METÁLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS) *174

G

Glándulas mamarias de la rata (Factores hormonales y nutritivos en relación con el desarrollo de las) ... 379
Globulinas gamma y microglobulina como prueba para el diagnóstico de la macroglobulinemia 119
Glucosa isotónica (Riesgo de la producción de un tercer espacio por la inyección subcutánea de) 224
Ganglios linfáticos en la diarrea infantil aguda (La infección bacteriana de los) 280
Gastrectomía total (Secuelas de la) ... 56
Gastro-esofágico (Fisiopatología del reflujo) 57
Genu flexum de los espásticos (Corrección del) 464
Geriátrica (La anamnesis en clínica) 130
GINECOLOGÍA (CIRUGÍA CONSERVADORA EN) *109
Ginecología (Terapéutica en las lesiones quirúrgicas del uréter en) 382
GENITAL FEMENINA (LA BIOPSIA SONDA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS) *353
GONADOTROFINURIA GRAVÍDICA *321
Gota (Adquisiciones recientes en la) ... 212
GRIPE. OTRAS ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA VIRAL Y LA LEUCEMIA (LA) *259

H

Hematoma retroplacentario 124
Hemodinámica coronaria durante las arritmias cardíacas (La) 459
Hemiplégies vasculaires (Les) 115
Heparina (Presentación de anticoagulantes semejantes a la) 277
HEPATOPATÍAS (LA COLAGÉNESIS TERAPÉUTICA POR VEGETALES EN LAS) *430
Hepático (Liposarcoma) 284
Herencia de la epilepsia (Aspectos de la) 47
Hernia diafragmática del colon 282
Hiato de Morgagni (Hernia diafragmática del colon a través del) ... 282
Hidratación exclusiva por vía digestiva 128
Hidromielia (Tres casos de) 233
HIDROCEFALIA CON LA VÁLVULA DE HOLTER (TRATAMIENTO DE LA) *10
Hidrocortisona - neomicina (Resultados obtenidos con las pomadas de) 41
Higiene prenatal 445
Hijo ideal (El) 114
Histoquímica en el «millium coloide» 41
Hipercoagulabilidad en el transcurso de los tratamientos anticoagulantes 224
Hipertensión arterial (La clorotiacida en el tratamiento de la) 39
Hipertensión arterial 270
Hipertensión pulmonar severa (Signos de la estenosis mitral con) 220
Hipertensión pulmonar en la enfermedad mitral (Valoración radiográfica de la) 232
Hipertrofias ventriculares (La palpación del corazón en el diagnóstico de las) 39
Hipofisaria durante el trabajo uterino (Los aerosoles de hormona post-) ... 44
Hipófisis con istrium^{90} (Implantación de la) 123
Hipotermia en cirugía cardíaca (La) 56
Histerectomizadas (Cristalización del moco cervical en las) 381
Historia de la Medicina palentina ... 368
Homenaje al doctor Ochoa de Albornoz 214
HOMENAJE PÓSTUMO AL PROFESOR MARAÑÓN *287
Homeopathie (La pratique de l') ... 457
Hongos (Métodos de conservación de cultivos de) 222
Hongos (Sensibilización respiratoria a) 57
Hormonoposthipofisaria durante el trabajo uterino (Los aerosoles de) ... 44
HOSPITALES PORTUGUESES (UNA VISITA A LOS) *74
Humaines (Précis d'Anatomie et de Physiologie) 217
HUMANO, DEMASIADO HUMANO *291

I

Inconsciencia traumática 278
Indice Merck 218
Infancia (Cáncer del tiroides en la) ... 221
Infancia (Terapéutica de la tuberculosis en la) 463
Infantil (Patología quirúrgica) 38
Infarto del miocardio (Pronóstico lejano del) 121
Infarto intestinal 55

Infección focal en patología cardiovascular 276
Infección por estafilococos en el niño (Manifestaciones pleuropulmonares de la) 278
Infección bacteriana de los ganglios linfáticos en la diarrea infantil aguda (La) 280
Infección focal en patología cardiovascular 276
Inmunobiología y clínica de la tuberculosis pulmonar (Métodos serológicos en) 49
INTESTINAL (PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LAS FORMAS ACTUALES DE LA TUBERCULOSIS) *419
Intestinales (Diagnóstico de las parasitosis) 54
Insuficiencia luteínica como causa de muerte habitual del embrión 374
Instituto de Patología y Fisiología Regionales de Tenerife (Memoria y trabajos del) 115
Insulina lenta (La) 119
Inyección intraarterial de sangre a contracorriente (Efectos de la) 462
Inyección intravenosa de solución de agua oxigenada 45
Isótopos radiactivos en el tratamiento del cáncer de tiroides 130

J

Jornadas de Médicos Analistas (Las VIII) 51

L

Laboratory practice (Test in) 273
Láctea agravídica (Secreción) 380
LECCIÓN DE UNA VIDA (LA) *288
Lección (La última gran) 290
Leprorreacción por la B. C. G. (Viraje de la) 222
Lesiones quirúrgicas del uréter en Ginecología (Conducta terapéutica en las) 282
LEUCEMIA (LA) *259
Liposarcoma hepático 284
Lisina en algunas formas morbosas (Influencia dietética de la) 225
Litiasis biliar (Una estadística de) ... 283
Litiasis biliar (Fibroma uterino y) ... 44
Lumbociatalgias por discopatías (El pronóstico de las) 285
Lupus eritematoso (Nuevo concepto clínico del) 225
Lucha contra el cáncer 214
Luteínica como causa de muerte habitual del embrión (Insuficiencia) ... 374

M

Macroglobulinemia de Walden-Ström . 273
Macroglobulinemia (Diagnóstico de la) 119
Macroglobulinemia (Diferenciación por cromatografía en papel para el diagnóstico de la) 119
Madres tienen cuarenta años o más (Pronóstico fetal cuando las) 382
Malformaciones uterinas (La operación de Strassmann en la cirugía de las) 377
Mamarias de la rata (Factores hormonales en relación con el desarrollo de las glándulas) 379
MAMARIO EN EL HOMBRE (CÁNCER) ... *161
Marañón 292
MARAÑÓN (ELOGIO Y NOSTALGIA DE) ... *399
MARAÑÓN Y SU LETRA *305
MATERIA Y SEXO *266
MÉDICA (LA FUNCIÓN Y ALCANCE DE LA PRENSA) *133
Medicamentos tranquilizantes (Peligro de los) 384
Medicina (Medio siglo de) 302
Medicina interna 114
Medicina palentina (Historia de la) . 368
Medicina de urgencia 274
Medicina y los médicos en la Obra de Tirso de Molina (La) 369
MÉDICO (EL ANUNCIO PROFESIONAL DEL) *319
Memorias y trabajos del Instituto de Patología y Fisiología Regionales de Tenerife 115
Menopáusicas (Cirrosis hepática idiopática en mujeres) 463
Mentales (Aspectos culturales de las enfermedades) 48
Metilnortestosterona en el embarazo y en la amenaza de aborto (Acción de la) 377
Métodos serológicos en el estudio inmunológico y clínico de la tuberculosis pulmonar (Empleo de) 49
Micosis superficiales 460
Microdispersión homogénea (Resultados obtenidos con las pomadas de hidrocortisona-neomicina de) 41
«Millium coloide» (Aspectos histoquímicos en el) 41
Miocardio (Pronóstico lejano del infarto de) 121
MIOPATÍA FAMILIAR *424
Miotomía atrófica 285
Mitral (La hipertensión pulmonar en la enfermedad) 232
Moco cervical en las histerectomizadas (Cristalización del) 381
MUÑECA, EN ACCIDENTADOS DE TRABAJO (BIOMECÁNICA Y REHABILITACIÓN DE LA) *401
Mujeres cesareadas anteriormente (Porvenir obstétrico de las) 382
Muerte habitual del embrión (Insuficiencia luteínica como causa de) . 374
MUJERES CASADAS (EL CONSENTIMIENTO QUIRÚRGICO EN LAS) *60

N

NEFROPATÍAS (CITREMIA EN) *200
Neurona y el proceso de la electrogénesis (La) 227
Neurosis? (¿Qué es la) 228
Neurovegetativas (Distonías) 126
Niño (Manifestaciones pleuropulmonares de la infección por estafilococos en el) 278
Niños (Fiebre y febrículas en los) ... 229
Niños en Venezuela (Los accidentes de los) 228

O

Obra de Tirso de Molina (La Medicina y los médicos en la) 369
Obra tocológica y pediátrica de Núñez de Coria 369
OBRA DE VICENTE MOLES (NOTICIA SOBRE LA) *234
Oedemes (Les) 458
OFTALMOLOGÍA ÁRABE EN LA ESPAÑA MUSULMANA DURANTE LOS SIGLOS XI Y XII (LA) *309
OÍDO (PROCEDIMIENTOS EN CIRUGÍA FUNCIONAL DEL) *87
Operación de Noble; problema de las adherencias peritoneales (La) 223
Operación de Strasmann en la cirugía de las malformaciones uterinas (La) 377
Osteomas múltiples cutáneos 41
OSTEOSÍNTESIS POR ENCLAVIJAMIENTO METÁLICO EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS *174
Osteomielitis (Quimioterapia en la) ... 58
Ovarios blancos aprisionados (Síndrome de los gruesos) 463

P

PARÁLISIS FACIAL *249
Parálisis infantil 126
Parálisis intestinales (Diagnóstico de las) 54
PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LAS FORMAS ACTUALES DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL *419
PATOGENIA Y TERAPÉUTICA DEL CÁNCER (ESBOZO DE UNA NUEVA) *436
Patología cardiovascular (Infección focal en) 276
Patología médica para estudiantes (Compendio de) 215
Patología de los muñones de la trompa 376
Patología general y Fisiopatología ... 213
Patología respiratoria (El sulfograma en) 120
Patología quirúrgica infantil 38
Pediatría (Exploración renal en) 229
Pediatría y Puericultura en el mundo (El momento actual de la) 455
Peligro de los medicamentos tranquilizantes 384
Penicilina en el tratamiento de la sífilis (La) 226
Pericarditis reumática y su evolución con el tratamiento antiestreptocócico 220
Peritoneales (El problema de las adherencias) 223
Perturbación psicosomática 231
Physiologie humaines (Précis d'Anatomie et de) 217
Pigmentaciones en enfermos tratados con antipalúdicos de síntesis 222
Plasmocitoma (Casuística del) 122
Pleuritis exudativa tuberculosa (Tratamiento tópico con prednisolona de la 48
Pleuropulmonares de la infección por estafilococos en el niño (Manifestaciones) 278
Poliestenosis del tubo digestivo 53
Pólipo adenomatovelloso del yeyuno ... 54
Pomadas de hidrocortisona - neomicina (Resultados obtenidos con las) 41
Porvenir obstétrico de las mujeres anteriormente cesareadas 382
Posición de la parturienta sobre las contracciones uterinas (Efecto de los cambios de) 383
Practical procedures in clinical medicine 274
Pratique chirurgicale illustrée (Nouvelle) 275
Précis d'Anatomie et de Physiologie humaines 217
Prednisolona de la pleuritis exudativa tuberculosa (Tratamiento con) 48
PRENSA MÉDICA, SU FUNCIÓN Y ALCANCE (LA) *133
PRESENTACIÓN TRANSVERSAL CON ROTURA DE ÚTERO *356
Profilaxis del carcinoma cervical uterino 376
Pronóstico fetal cuando las madres tienen cuarenta años o más 382
Pronóstico lejano del infarto de miocardio (El) 121
Proteína C (Estudio del comportamiento de la) 280
Proteinograma y radioterapia 214
Pruebas epicutáneas «standard» en el diagnóstico de los eczemas por contacto (Las) 41
Psicológica (Divulgación) 283
Psicoanálisis y analítica existencial ... 272
Psicosomática (Perturbación) 231
Psicosomática en aparato digestivo (Respuesta) 129
Psiquiátricos (Formación de los enfermos) 277
Puericultura en el mundo (El momento actual de la Pediatría y) 455
Pulmón (Tuberculosis y cáncer del) . 229
Pulmonar (Orientaciones modernas sobre fisiopatología circulatoria) 123

Pulmonares (Diagnóstico radiológico de las fibrosis) 59
Pulmonares crónicas (Acción de la cicloserina en las tuberculosis) 461

Q

Quimioterapia en la osteomielitis ... 58

R

Radiográfica de la hipertensión pulmonar en la enfermedad mitral (Valoración) 232
Radiológico diferencial de las fibrosis pulmonares (Diagnóstico) 59
Radioterapia (Proteinograma y) 214
Radioterapia de los tumores cerebrales 278
RECIÉN NACIDO (TIOCIANATOS EN LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL DEL) *438
Recién nacido (Nuevo método para ligar el cordón umbilical del) 44
Recién nacidos (Accidentes hemorrágicos en) 45
Recién nacidos (Coagulopatías en los) 383
Rectosigmoideo (Cáncer) 58
Rectolitis mucohemorrágica 54
Reflujo gastroesofágico (Fisiopatología del) 57
Rehabilitación al trabajo de los disminuídos (Servicio psicológico en la) 225
REHABILITACIÓN DE LA MUÑECA EN ACCIDENTADOS DE TRABAJO (BIOMECÁNICA Y) *401
Renal (Signo semiológico) 277
Renal (Tratamiento médico de la tuberculosis) 460
Renal en Pediatría (Exploración) ... 229
Respiratorias (La signamicina en el tratamiento de algunas afecciones) 45
Reunión de los ginecólogos canarios en Sta. Cruz de Tenerife (Primera) 465
Riboflavina en el síndrome cócleo-vestibular (Acción terapéutica de la) 40
Rodilla; clínica y terapéutica de sus afecciones (La) 456
Röntgenología 457
ROTURA DE ÚTERO (PRESENTACIÓN TRANSVERSAL CON) *356
RUPTURAS TRAUMÁTICAS DEL DUODENO . *81

S

SABIDURÍA (ELOGIO DE LA) *295
SALMONELOSIS HUMANAS EN EL ADULTO (LAS) *17
Sancho el Fuerte de Navarra 387
Sangre a contracorriente (Efectos de la inyección intraarterial de) 462
SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO (TIOCIANATOS EN LA) ... *438
Salpinguectomía (Acerca de la) 376
SANTA LIBRADA. PATRONA DE LOS PARTOS *378
Sarcomatosis idiopática pigmentaria hemorrágica de Kaposi 221
Secuelas de la gastrestomía total 56
Secreción láctea agravídica 380
Seroproteínas 280
Sensibilización respiratoria a hongos . 57
Serológicos en inmunobiología y clínica de la tuberculosis pulmonar (Métodos) 49
Servicio psicológico en la rehabilitación del trabajo de los disminuídos (El) 225
SEXO (MATERIA Y) *266
Sífilis (La penicilina en el tratamiento de la) 226
Síndrome cócleo-vestibular (Acción terapéutica de la riboflavina en el) ... 40
Síndrome de Cushing curado por intervención 131
SÍNDROME DE HUET (TRATAMIENTO DEL) *22
Síndrome de Stein-Leventhal 463
Síndrome de Wolf-Parkinson-White ... 459
Síndrome extenso-progresivo 125
Signamicina en el tratamiento de algunas afecciones de las vías respiratorias (La) 45
Signo semiológico renal 277
Signos de la estenosis mitral con hipertensión pulmonar severa 220
Síncope y epilepsia (Diferenciación entre) 58
Sociedad Ginecológica Española 385
Sordera (Cirugía de la) 40
Suero, mediante cromatografía sobre papel (Determinación de los aminoácidos libres del) 43
SULFANILUREICOS (LOS ESTADOS DIABETOIDES DEL EMBARAZO Y SU TRATAMIENTO POR LOS DERIVADOS) *347
Sulfograma en patología respiratoria . 120
Suprarrenales accesorias (Cortezas) ... 124

T

Terapéutica cardiológica (Los vómitos acetonémicos de algunos cardiópatas en insuficiencia cardíaca congestiva; su influencia en la) 222
TERAPÉUTICA DEL CÁNCER (ESBOZO DE UNA NUEVA PATOGENIA Y) *436
Terapéutica de la tuberculosis en la infancia 436
Terapéutica de las afecciones de la rodilla (Clínica y) 456
Terapéutica hidromineral (La) 369
Terapéuticas en la práctica diaria (Indicaciones) 216
Terapéutica en las lesiones quirúrgicas del útero en Ginecología 382
Test in laboratory practice 273
Test de Rorschach (Degradaciones y desvitalizaciones en los delincuentes a través del) 126
Thyroide et exploration thyroydienne medullosuprarrenal 217
TIOCIANATOS EN LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO *438

Tiroidea (Determinación de la función) 45
Tiroides en la infancia (Cáncer del) . 221
Tiroides (Los isótopos radioactivos en el cáncer de) 130
Torácicos (Los dolores) 37
Tos ferina y otras afecciones con tos convulsiva (La) 459
Toxemias gravídicas por medio del I_{131} (Determinación de la función tiroidea en once casos de) 45
TRABAJO (BIOMECÁNICA Y REHABILITACIÓN DE LA MUÑECA EN ACCIDENTADOS DE) *401
Traitement des anémies 117
Tranquilizantes (Peligro de los medicamentos) 384
Trastornos de audición y lenguaje en los niños (Datos estadísticos sobre) 58
Tratado de Obstetricia 370
Tratado de Ginecología y de técnica terapéutica ginecológica 367
Tratamiento con isótopos radioactivos del cáncer de tiroides 130
Tratamiento de la diabetes por vía oral 462
Tratamiento de las aftas bucales 124
Tratamiento médico de la tuberculosis renal 126
Tratamiento y evolución del eczema ... 126
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS GENITAL DE LA MUJER *359
TRATAMIENTO CON LOS DERIVADOS SULFANILUREICOS (LOS ESTADOS DIABETOIDES DEL EMBARAZO Y SU) *347
Tratamiento del flujo genital con jaleas hidrosolubles con Buffa A. pH ácido (Resultados alentadores del) . 379
Tratamiento de la esterilidad (Cortisona y derivados en el) 378
Tratamiento de las neoplasias hormonodependientes (Röntgenoterapia como complemento de intervención quirúrgica sobre órganos endocrinos en el) 381
TRATAMIENTO DE FRACTURAS DIAFISARIAS CERRADAS DE LA PIERNA *241
TRATAMIENTO DE TUMORES MALIGNOS EN PERROS *263
Tratamiento quirúrgico de las supuraciones crónicas del oído medio ... 232
Tratamiento de tiroxicosis con iodo radioactivo (Análisis de la evolución y de los resultados obtenidos en el) 227
Tratamiento de la sífilis (La penicilina en el) 226
Tratamientos anticoagulantes (Las hipercoagulabilidades en el curso de los) 224
Tratamiento antiestreptocócico (La pericarditis reumática y su evolución con el) 220
TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS (OSTEOSÍNTESIS POR ENCLAVIJAMIENTO METÁLICO) *174
Tratamiento de algunas parasitosis intestinales 129
Tratamiento de los trastornos digestonutritivos del lactante 128
Tratamiento con isótopos radioactivos (Cáncer de tiroides; resultados de un) 130
TRATAMIENTO DEL SÍDROME DE HUET ... *22
Tratamiento de la hipertensión arterial (La clorotiazida en el) 39
TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA, MEDIANTE LA VÁLVULA DE HOLTER ... *10
TRATAMIENTO DE LAS FORMAS ACTUALES DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL (PATOGENIA Y) *419
TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DIABETOIDES DEL EMBARAZO POR LOS DERIVADOS SULFANILUREICOS *347
Tratamiento anticoagulante en el curso del embarazo (Accidentes hemorrágicos en recién nacidos cuyas madres siguen un) 45
Tratamiento de algunas afecciones de las vías respiratorias (La signamicina en el) 45
Tratamiento tópico de las tiñas 42
Tratamiento tópico con prednisolona de la pleuritis exudativa tuberculosa) . 48
Tratamiento de los angiomas 278
Tratamiento quirúrgico de la coxartrosis (Nuevas directivas para el) 127
Traumática (Inconsciencia) 278
Traumatismos encefalocraneanos 278
Tromboembólicos (Clínica y terapéutica de los procesos) 37
Trompa (Patología de los muñones de la) 376
Tubárica (Cirugía) 276
Tubárica en la esterilidad femenina (Cirugía) 378
Tuberculosa (Tratamiento con prednisolona de la pleuritis exudativa) ... 48
Tuberculosis cavitaria y cáncer del pulmón 229
Tuberculosis (Origen y los nuevos aspectos de la) 49
Tuberculosis cavitaria y cáncer del pulmón 229
Tuberculosis en la infancia (Terapéutica de la) 463
Tuberculosis experimental del cavia (Indicaciones acerca de la actividad de la kanamicina sobre la) 229
Tuberculosis experimental del cobayo (La actividad del etiltiosulfato sódico en la) 280
Tuberculosis genital latente) 125
TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA (TRATAMIENTO DE LA) *359
TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA (LA BIOPSIA-SONDA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA) *353

Tuberculosis intestinal (La posición actual de la) 280
Tuberculosis intestinal 283
TUBERCULOSIS INTESTINAL (PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LAS FORMAS ACTUALES DE LA) *419
Tuberculosis pulmonar (Velocidad de sedimentación en la) 280
Tuberculosis pulmonares crónicas (Acción de la cicloserina en las) 461
Tuberculosis pulmonar (Métodos serológicos en el estudio inmunológico lógicos en el estudio inmunobiológico y clínico de la) 49
Tuberculosis renal (Tratamiento médico de la) 460
TUBERCULOSIS URO-GENITAL DESDE EL ÁNGULO DE SU EVOLUCIÓN *168
Tuberculosis experimental del cobayo (La actividad del etiltiosulfato sódico en la) 280
Tumores benignos endobronquiales ... 36
Tumores cerebrales (Problemae radiobiológicos y etosimétricos en la radioterapia de los) 278
Tumores inflamatorios postapendiculares 230
TUMORES MALIGNOS EN PERROS (TRATAMIENTO DE) 263
Tumores retroperitoneales primitivos . 52
Tumores cerebrales (Problemas radiobiológicos y etosimétricos en la radioterapia de los) 278
Tumores cerebrales (Radioterapia de los) 278

U

Ulcerosa (La enfermedad) 43
Ulcera péptica postoperatoria 230
Umbilical (Nuevo método para ligar el cordón) 44
UMBILICAL DEL RECIÉN NACIDO (TIOCIANATOS EN LA SANGRE DEL CORDÓN) ... *438
Uréter en Ginecología (Terapéutica en las lesiones quirúrgicas del) 382
Unión de los esposos (La) 371
Uterinas (La operación de Strasmann en la cirugía de las malformaciones) 377
Uterinas (Los cambios de posición de la parturienta y las contracciones) . 383
Uterino (Endometriosis primitiva del cuello) 378
Uterino (Profilaxis del carcinoma cervical) 376
Uterino (Los aerosoles de hormona posthipofisaria durante el trabajo) 44
Uterino (La biopsia selectiva del cuello) 375
Uterino y litiasis biliar (Fibroma) ... 44
UTERO (ADENOCARCINOMA DE) *331
UTERO (PRESENTACIÓN TRANSVERSAL Y ROTURA DE) *356

V

Vacuna antivariólica (La) 220
Valoración clínica de los hallazgos oftalmoscópicos en los síndromes de hipotensión 284
VÁLVULA DE HOLTER (TRATAMIENTO DE LA HIDROCEFALIA MEDIANTE LA) *10
Vasculaires (Les hemiplégies) 115
VEGETALES EN LAS HEPATOPATÍAS (LA COLAGÉNESIS TERAPÉUTICA POR) *430
Velocidad de sedimentación en la tuberculosis pulmonar 280
Venereología del Tómbolo 38
Venas pulmonares (Desembocadura anómala de las) 273
Ventriculares (Diagnóstico de las hipertrofias) 39
Vesícula biliar alojado en un seudodivertículo del cuello de la misma (Cálculo de) 282
Vía oral (Tratamiento de la diabetes por) 462
Viaje extraño 116
Vicente Moles (Noticia sobre las obras de) 234
Vida (Lección de una) 288
VIRAL (ENFERMEDADES DE ETIOLOGÍA) . *259
Virus (Investigaciones actuales sobre) 42
VISITA A LOS HOSPITALES PORTUGUESES (UNA) *74
Vómitos acetonémicos de algunos cardiópatas en insuficiencia cardíaca congestiva; su importancia en la terapéutica cardiotónica (Los) 222
Vuelta al trabajo de los disminuídos . 225

W

«WORLD MEDICAL ASSOCIATION» (DE LA «A.P.I.M.» A LA) *395

Y

Yeyuno (Pólipo adenomatovelloso del) 84

Z

Zambrana Valdés; el precursor (Ramón) 118
Zurita, médico aragonés del siglo XV (Miguel) 39

ZARAGOZA, 15 ENERO 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

EL DR. CELMA BERNAL, NUEVO ACADÉMICO

Mediante los trámites reglamentarios, fue presentada la propuesta del doctor Celma para la vacante de nuestra Academia, ocurrida por fallecimiento del notable cirujano doctor Val-Carreres. El pleno de la Academia, en votación reglamentaria, lo eligió por unanimidad para formar parte de la misma.

No podemos ocultar la satisfacción que nos produce la noticia, no sólo por el honor que significa, sino por el reconocimiento a la laboriosidad, talento y discreción demostrados por el doctor Celma en las relaciones con sus compañeros, en su labor médica y, sobre todo, periodística.

Muchos años de convivencia, en sus ocupaciones, en su labor política y periodística, en su ambiente familiar y en su trabajo profesional, verdaderamente agobiante, nos ha permitido reconocer sus excelentes cualidades y merecimientos.

Mi padre, que tenía grandes iniciativas y captaba bien el valor de las personas, le designó para dirigir a su lado aquel batallador periódico conocido con el nombre de «La Opinión Médica», en el que publicó numerosos artículos y orientó campañas muy interesantes. También en otras revistas nacionales, como «La Medicina Ibera», «La Voz Médica», «España Médica», y otras, aparecieron centenares de artículos de diverso carácter. Su claridad de criterio y su fácil pluma le llevaron más tarde a desempeñar la dirección del diario local «El Noticiero», durante períodos de tiempo de más de veinte años, y a veces con enormes dificultades.

Es de recordar también, porque resalta la personalidad periodística del doctor Celma, que en 1950 fue designado por la Junta Nacional de Metropolitanos para representar a la Prensa católica de España en el «III Congreso Internacional de Prensa Católica», celebrado en Roma; que pertenece a la «Asociación Internacional de Prensa Católica» y que durante siete años consecutivos ha sido profesor de los cursos de periodismo de la Universidad Internacional «Menéndez y Pelayo», de Santander.

Pero no son los merecimientos periodísticos los que le han llevado a ocupar el sillón vacante en nuestra Real Academia de Medicina, sino los puramente científicos y profesionales.



Es la suya una carrera brillantísima, con un expediente con numerosas Matrículas de Honor, terminada el año 1927 y completada con el Doctorado en 1928, en la Universidad de Madrid.

Durante tres años, hasta 1930, fue profesor ayudante de clases prácticas de Patología Médica en la Facultad de Medicina de Zaragoza, con el doctor Royo Villanova.

En febrero de 1928 obtuvo el título de Inspector Municipal de Sanidad, a cuyo escalafón nacional pertenece con carácter de excedente.

Resultó galardonado con el Premio «Cerrada» de la Real Academia de Medicina en el curso de trabajos sobre «El problema hospitalario de Zaragoza y sus soluciones», hecho en colaboración con el periodista don Rafael Jiménez. Merced a tal galardón fue nombrado académico correspondiente de la docta Corporación, en 1933.

Fue fundador y secretario de la «Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián» y pertenece a la «Asociación Española de Escritores Médicos».

Contribuyó activamente, con mi padre, a organizar las memorables «Primeras Jornadas Médicas Aragonesas».

Perteneció al «Real Patronato de Lucha Antituberculosa» y fue, posteriormente, secretario en Zaragoza de la Comisión Sanitaria de «Lucha Antituberculosa», continuando en la actualidad la labor de su maestro en el Dispensario «Royo Villanova», primer centro asistencial de esta clase que funcionó en España.

Es médico de numerosas entidades benéfico-sociales, entre ellas de «La Caridad», desarrollando en todas una eficaz labor.

Después de acertadísima actuación durante varios años como vicepresidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos, fue nombrado presidente de la Corporación al comenzar el año 1958, cargo que desempeña con tacto, actividad y acierto.

Es consejero extraordinario del «Consejo General de Colegios Médicos de España», vocal del «Consejo Provincial del Instituto Nacional de Previsión» y de las Juntas de la «Mancomunidad Sanitaria» y de la «Provincial de Beneficencia».

Las publicaciones médicas del doctor Celma son incontables. Quiero destacar, sin embargo, tres de ellas, que juzgo de especial interés:

«Enfermedades más frecuentes del agricultor y medios para combatirlas», editado hace años por la Cámara Agrícola de Zaragoza; «Vico-Necchi», trabajo con el que inauguró el curso 1941-42 la «Academia Deontológica»; «Aspectos católicos de la Medicina social», estudio que fue ponencia de las Jornadas Médicas y con el cual clausuró la Academia Deontológica en 1953, mereciendo los más férvidos elogios del entonces Arzobispo, doctor Doménech, que presidió la reunión.

Posee diversas condecoraciones, entre ellas la Cruz de Beneficencia de primera clase, con distintivo morado y blanco, otorgada por su labor altruista en la Lucha Antituberculosa; las Encomiendas del Mérito Civil y de Isabel la Católica y la Encomienda de la Orden Pontificia de San Gregorio el Magno, concedida en 1948 por Su Santidad el Papa Pío XII, en atención a los relevantes servicios prestados a la Iglesia Católica.

Es Hijo Predilecto de Pina de Ebro, en virtud de acuerdo de aquel Ayuntamiento adoptado en 1949, resolución municipal que comprendió también el dar el nombre de Ramón Celma a la Biblioteca Municipal, dependiente del Centro Coordinador de Bibliotecas de Zaragoza.

Deliberadamente prescindimos de muchísimos más detalles biográficos del querido amigo y compañero, que reflejan una vida de trabajo intensísimo al servicio de la Medicina y del periodismo nacionales.

Sólo nos resta felicitarle y felicitar a la Real Academia de Medicina, pues si para él es grande el honor, grande es también el acierto de los que le eligieron, y su labor no se hará esperar.

R. H. L.

CONFERENCIA DEL DR. GÓMEZ LUS, EN LA SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

El día 15 de diciembre, en el salón de sesiones de la excelentísima Diputación Provincial, organizada por la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», tuvo lugar la sesión clínica correspondiente al mes de diciembre. Estuvo a cargo del doctor don Rafael Gómez Lus, quien expuso el tema «Mecanismo de acción de la terramicina insoluble: confirmación de la hipótesis de Ruiz-Castañeda». Fue presidida por el doctor don Jaime Dolset, diputado-delegado de la S.E.M.A., que tenía a su derecha al ilustrísimo señor doctor don Federico Bravo, jefe de Sanidad, y a su izquierda al doctor don Ricardo Malumbres, jefe de Departamento de la S.E.M.A.

El conferenciante completó su magistral lección con oportunas proyecciones, que daban una mayor facilidad al desarrollo de tan documentada e interesantísima conferencia, siendo escuchada con extraordinaria atención por el público que ocupaba el salón.

Intervinieron en la misma los doctores Aznar García y Malumbres Logroño, y cerró el acto el doctor don Jaime Dolset, con unas breves palabras.

El doctor Gómez Lus fue felicitado efusivamente por los asistentes.

NUEVO DIRECTOR DE «CÁRITAS DIOCESANA»



Para la dirección de esta organización benéfico-social ha sido designado por Su Excelencia Reverendísima el Arzobispo de Zaragoza, el doctor don Mariano Horno Liria, a quien deseamos una acertada labor en el desempeño de su misión en estas obras de caridad y asistencia social.

SESIONES CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Como habitualmente, se celebró, en esta fecha, la reunión científica del cuerpo facultativo de la Facultad de Medicina, con arreglo al siguiente orden del día:

Doctor Andériz López: «La exploración funcional pancreática en nuestra práctica clínica.»

Doctor Pérez Gil: «Importancia de las partes blandas en la determinación del dolor en Reumatología.»

NOTABLE CONFERENCIA DEL DR. GALÁN BERGUA, EN EL ATENEO

El día 9 del corriente mes, el vicepresidente primero del Ateneo, don Pedro Galán Bergua, pronunció una conferencia en el salón de actos del Centro Mercantil, sobre el tema «Algunos aspectos de higiene y medicina mental en niños y adolescentes».

Abrió el acto el marqués de la Cadena, que cedió la palabra al doctor Oliver Rubio, encargado de la presentación del conferenciante. El doctor Oliver Rubio expresó su satisfacción por tener que presentar en una sesión del Ateneo al doctor Galán Bergua, tan conocido en los medios médicos y culturales de Zaragoza. Resaltó la personalidad del conferenciante, poniendo de manifiesto sus dotes científicas y de orador.

Seguidamente, el disertante inició su conferencia, después de agradecer las palabras de elogio del doctor Oliver Rubio. El tema elegido era muy amplio y supo desarrollarlo con gran amenidad y rigor científico.

A lo largo de su interesante intervención, desarrolló los puntos de vista de la higiene y medicina mental en niños y adolescentes, haciendo hincapié en el pecado —tan común hoy— de maleducar. Con palabras acertadas y concisas, situó a los muchachos y su circunstancia, pasando después a exponer los trastornos de la conducta. Nosotros y los niños fue otro de los puntos tocados, junto con temas tan interesantes como el despertar del sexo y las equivocaciones de la juventud ante la vejez.

Al final de su intervención fue largamente aplaudido.

CURSO SOBRE CÁNCER

La Facultad de Medicina de Zaragoza, en colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer, ha organizado un curso de conferencias con dos temas fundamentales: «Diagnóstico precoz del cáncer», dirigido por el profesor doctor don Ricardo Lozano Blesa, y «Cancerología cutánea», dirigido por el profesor doctor don Luis Azúa Dochao.

En estos cursos intervendrán diversos conferenciantes, cuyos nombres se anunciarán oportunamente.

Las conferencias tendrán lugar los lunes, de ocho a nueve y de nueve a diez de la tarde, a partir del día 25 del actual, en el aula núm. 1 de esta Facultad.

JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

En cumplimiento de la Orden Ministerial de 22 de diciembre de 1959, la Dirección General de Sanidad convoca un curso para médicos, farmacéuticos y veterinarios, con objeto de realizar las enseñanzas correspondientes a diplomado en Sanidad, en la Escuela Departamental de Zaragoza, con arreglo a las siguientes normas:

Primera.—El curso dará comienzo el día 22 de febrero de 1960 y tendrá una duración de cuatro meses.

Segunda.—El número de plazas será limitado.

Tercera.—Las solicitudes deberán ser dirigidas a la Secretaría de la Escuela Nacional de Sanidad (Ciudad Universitaria, Madrid).

Cuarta.—Deberán acompañar a la solicitud los expedientes académicos y cuantos justificantes de méritos se estimen convenientes.

Quinta.—El plazo de presentación de solicitudes terminará el día 12 de febrero de 1960.

Sexta.—La selección de alumnos será hecha por la Dirección de la Escuela Nacional de Sanidad, publicándose la lista de admitidos en la Escuela Nacional de Sanidad y en la Escuela Departamental de Zaragoza, con antelación a la fecha señalada para el comienzo del curso.

Séptima.—Las enseñanzas serán dadas en dos etapas: una común para las tres Ramas y que comprenderá: Administración y Legislación sanitaria; Estadística Sanitaria y Demografía: Higiene General; Higiene de la Alimentación; Epidemiología; Microbiología; Serología y Parasitología sanitarias y Técnicas Físicas y Químicas de aplicación higiénico-sanitaria; y otra segunda, distinta para cada profesión, durante la cual los alumnos médicos cursarán las enseñanzas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas y luchas sanitarias especiales. Los alumnos farmacéuticos: fabricación y control de medicamentos y productos de interés sanitario y ampliación de Química Bromatológica; y los alumnos veterinarios: zoonosis transmisibles al hombre en sus partes analítica, clínica y epizoológica.

Octava.—El programa para estos estudios será el mismo para todas las Escuelas Departamentales.

Novena.—Por su carácter esencialmente práctico, la asistencia a las clases y prácticas es rigurosamente obligatoria.

Décima.—Las pruebas finales consistirán en un examen práctico y en un ejercicio escrito, durante un máximo de tiempo de tres horas.

Undécima.—Los ejercicios serán puntuables desde 25 a 50 puntos, considerándose eliminados los que no alcancen la puntuación mínima.

Duodécima.—El Tribunal quedará constituído por el jefe provincial de Sanidad y por profesores de la Escuela Nacional de Sanidad.

Decimotercera.—El importe de la matrícula para cada alumno será de 850 pesetas, debiendo ser ingresadas en esta Escuela Departamental (Ramón y Cajal, 68).

TEMAS DEL DIA

ESCRIBIR DE MEDICINA SIN OLVIDAR EL PATRIOTISMO

Y... otra vez sobre el tema de la vengonzosa y suicida carencia de patriotismo y compañerismo del escritor médico español. Hoy me incita a ello la indignación al reparar en un libro, en español, sobre temas gastro-hepáticos, que en sus 211 páginas lleva un repertorio de nada menos que de 400 citas bibliográficas, de las que sólo cuatro —así, sólo cuatro— son de autores españoles, cuando hay publicados por compatriotas muchos y excelentes trabajos sobre el tema. Con la agravante de que el autor es nada menos que todo un profesor, que así da ese mal ejemplo, imperdonable en quien debiera, por su cargo, aleccionar a futuros autores en la justiciera tarea de no olvidar lo de compatriotas. Repito: sólo cuatro citas españolas entre 400 extranjeras, de lo que aquí se ha publicado en muchos trabajos encomiables.

Quien es'o escribe, indignado, predica con el ejemplo. Durante veinticinco años editó una revista de especialidad, citando con preferencia la producción en español, recibiendo muchas manifestaciones de gratitud de autores nacionales e iberoamericanos por ese compañerismo, por lo cual los extranjeros se enteraban de la producción científica en nuestro idioma.

A la vista unas muy notables revistas médicas españolas dirigidas por profesores. Una contiene veinticinco reseñas o resúmenes (que mal llama «referatas») y sólo dos de trabajos en español; otra, sólo una.

Hay una revista de cierta especialidad que nada menciona de quien, prestigioso, años ha publica trabajos sobre el tema, citados en el extranjero, entre ellos varios confirmatorios de su original concepto y terapéutica del tema, y ni una sola vez tal revista se hace eco de ellos... ¿Es que teme la competencia profesional?

Para divulgar la bibliografía universal hay revista, como la italiana «Minerva Medica», con la plausible costumbre de copiar el sumario (n. 20, del 10-III-59) de los artículos originales de un centenar de revistas de su país y extranjero, reflejando así el progreso mundial.

Los autores de libros, artículos o revistas médicas españolas, debieran concertarse en un programa común de su prestigio y difusión en el extranjero, que comprendiera, entre otros fines, los siguientes: 1.°, lucha contra la peste de revistas médicas gratuitas, de reclamo de laboratorios, de sus productos, si no con la agravante de que, además, son colaboradas con artículos de todo tema firmados por quienes descienden a ese jaez mercantilista, con evidente perjuicio de las revistas médicas, no comerciales, de suscripción; 2.°, propagar la idea de que todo trabajo español contenga la mayor cantidad posible de citas de la producción nacional; 3.°, enumerar, citar sumarios de los artículos originales de otras revistas del país, tarea de cultura y patriotismo; 4.°, protestar contra cierto «Boletín», de apariencia oficial, de lujosa presentación y de reparto gratuito (aunque lo pague la clase médica) que en vez de ser órgano de la clase médica, cual dice y debiera, tratando de sus problemas, se convierte en revista competidora de las de suscripción, mermándolas ingresos; 5.°, afear la conducta y la colaboración de quienes son así comparsas, reclamistas, de tal mercantilismo.

Nuestra producción científica no se conoce en el mundo cuanto merece, y por culpa nuestra, al postergar nuestra labor exaltando con fetichismo idolátrico la extranjera. Nosotros tenemos la culpa de que así se nos castigue con el desdén o la indiferencia. Repetidamente he escrito que no hay país que silencie, que postergue su producción como el nuestro; que en la sección informativa de nuestra labor, de nuestro aporte al progreso, omita, como aquí, la referencia de lo nacional.

Con la información extranjera, postergando a la nacional, se presume de eruditos y políglotas y... ¡eso viste mucho! ¡Como si aquí no apareciesen valiosos trabajos dignos de difusión!

Otro ejemplo de cómo se edita sin patriotismo: Una de tantas revistas gratuitas, de edición fastuosa, alardeando de docenas de colaboradores... extranjeros, inserta críticas y anuncios de revistas y libros de allende fronteras y hasta copia catálogos de sus librerías, pero omitiendo españoles. Otra inserta un artículo sobre inmunidad y sangre, con 104 citas y sólo dos de texto español, como si aquí careciésemos de inmunólogos y hematólogos de valía. Repito: ¿cómo extrañar que se nos desconozca o desdeñe en el extranjero?

¿Cuándo el escritor español primará lo nuestro y cesará ese servilismo que olvida la patria, al compatriota? ¿Cuándo nuestros libros y revistas de texto y confección laudables, se inspirarán en esos obligados ideales?

Por último: 1.°, agradezco las manifestaciones de adhesión recibidas. 2.°, mi aplauso a las revistas que, como la que publica estos artículos, dan primacía nacional a sus secciones informativas. Se olvida la frase de Pasteur: «La Ciencia no tiene Patria, pero el escritor tiene una.»

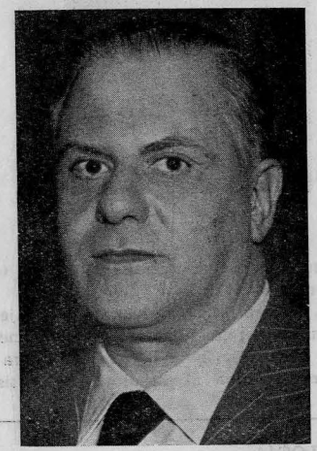
H. Sacabejos.

VIDA MEDICA NACIONAL

EL DR. SANZ IBÁÑEZ INGRESA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

La Real Academia de Medicina de Madrid celebró el día 14 del corriente sesión pública y solemne, para la apertura del curso académico 1960-61 y recepción del académico profesor Sanz Ibáñez. El acto fue presidido por el presidente de la Corporación, don José Alberto Palanca, acompañado de los doctores Carro, Matilla, Obdulio Fernández y el vicepresidente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, don Gonzalo Ceballos.

Abierta la sesión, el profesor Matilla dio lectura a la Memoria de Secretaría, destacando la labor científica realizada por la Corporación en el pasado curso.



Seguidamente y tras la lectura del acta especial de nombramiento de académico de número a favor del profesor don Julián Sanz Ibáñez, entró éste en el salón de actos, acompañado de los académicos profesores Corral y Núñez. A continuación, el académico recipiendario dio lectura a su discurso de ingreso, que versó sobre el tema «Los procesos inmunológicos en el cáncer», que fue una sabia disertación, en la que el doctor Sanz Ibáñez abarcó este tema tan latente en la gran complejidad de los fenómenos inmunitarios en el cáncer, siendo todavía el camino por recorrer largo y erizado de dificultades, pero la aplicación de los principios inmunológicos en el tratamiento de los tumores es un procedimiento muy prometedor. Fue muy aplaudido por la numerosa concurrencia.

El profesor Obdulio Fernández contestó al señor Sanz Ibáñez en nombre de la Academia, y destacó los méritos científicos y profesionales del nuevo académico y compañero. Fue también muy aplaudido.

Finalmente, y tras la entrega de los premios concedidos por la Corporación, el profesor Palanca declaró, en nombre de Su Excelencia el Jefe del Estado, académico de número al doctor Sanz Ibáñez y abierto el curso académico 1960-61.

HOMENAJE AL DR. PERIANES, POR SU ASCENSO A LA CÁTEDRA

Con ocasión de su triunfo en las oposiciones para la cátedra de Patología general en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, se celebró un homenaje al doctor don José Perianes Carro. Presidieron, entre otros, los doctores Jiménez Díaz, Enríquez de Salamanca, Martín Lagos, Gil-Sanz, Orbaneja, Gil y Gil, López de García, González Bueno, Palanca y Carro García. El doctor López García, catedrático de Patología Médica, exaltó la personalidad del doctor Perianes. El profesor Jiménez Díaz hizo público los sentimientos de todos en relación con el homenajeado.

LA GRAN CRUZ DE ALFONSO X, AL DR. JOSÉ M.ª DEL CORRAL

En el Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina de Madrid, se acaba de imponer las insignias de la Gran Cruz de Alfonso X al doctor don José M.ª del Corral. En nombre de sus discípulos y colaboradores, el catedrático de Barcelona, doctor Valdecasas, ha ofrecido el homenaje, que han costeado los admiradores y amigos del doctor Del Corral. El profesor García Orcoyen expresó sus deseos de que el homenajeado prosiguiera su labor docente e investigadora en la Facultad. Impuestas las insignias por el subsecretario de Educación Nacional, el doctor Del Corral dio a todos los gracias, visiblemente emocionado.

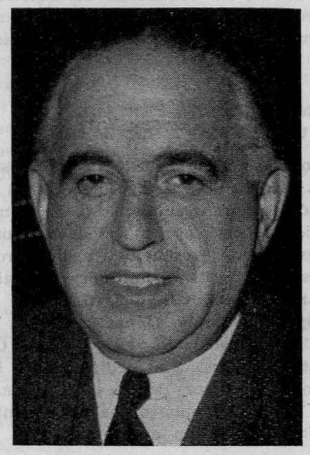
HOMENAJE AL DR. VARA LÓPEZ

La promoción médica madrileña 1920-1926, a la que pertenece el doctor Vara López, organizó un homenaje al ilustre catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, para entregarle las insignias de la Gran Cruz de Alfonso X el Sabio. El doctor García Grás, caballero de la Orden de Alfonso X, ofreció el homenaje. Los discípulos del ilustre cirujano se sumaron al acto, expresando el común sentir en nombre de sus compañeros, el profesor Durán Sacristán.

HOMENAJE A LOS PROFS. MARAÑÓN Y HERNANDO, EN LA SOCIEDAD MÉDICO-QUIRÚRGICA DE ALICANTE

El día 5 se celebró la sesión inaugural del curso, bajo la presidencia del Excmo. Sr. Gobernador Civil y autoridades, en el salón de sesiones del Excmo. Ayuntamiento.

Se leyó la memoria por el secretario general doctor don Angel Pascual Megías, pronunciando a continuación el señor presidente de la Sociedad, doctor don Manuel Blanc Rodríguez, que hizo un resumen de la labor realizada en los diez años de su presidencia, resaltando diversas efemérides notables.



Prof. Marañón

Habla de los profesores Marañón y Hernando, padrinos del curso que comienza, dedicado a «Endocrinología», en homenaje a don Gregorio, y en el que intervendrán los profesores Laín Entralgo, Pedro y Pons, Suárez Perdiguero, Casas Sánchez, Blanco Soler, Beltrán Báguena, Vara López, Alberca y el propio Marañón.

Ofrece el homenaje y hace entrega para el profesor Marañón, de un ejemplar de su libro publicado en 1951, artísticamente reencuadernado, con una sentida dedicatoria de la Sociedad Médico-Quirúrgica, y al doctor Hernando de un estuche para la cinta magnetofónica grabada con su conferencia de este acto sobre «Vida médica de Gregorio Marañón.»

A continuación, don Teófilo Hernando pronunció su magnífica conferencia sobre el tema dicho, en la que después de elogiar la labor de la Sociedad Médico-Quirúrgica y de su presidente, señala su emoción al ocuparse de su «más que fraternal» amigo, como dice don Gregorio en su carta anunciando su decisión de no asistir por el apuro de estar presente en este homenaje. Se ocupa de Marañón en distintas facetas de médico general. Endocrinólogo de fama mundial, que posee una sagacidad clínica patrimonio de los médicos geniales. Señala que su saber médico le llevó con acierto a sus publicaciones históricas y literarias, haciendo diagnósticos retrospectivos describiendo caracteres y pasiones de los hombres del pasado.



Prof. Hernando

Resalta la «hombredad» de Marañón (como dice Pérez de Ayala).

Canta en párrafo caluroso a la mujer de Marañón, que reúne todas las condiciones especiales necesarias a la que se encuentra unida al investigador, al estudioso y al artista.

NECROLOGÍA

De modo repentino, falleció en Madrid la señora esposa del profesor don Antonio Vallejo Nágera, persona de destacadas virtudes y gran colaboradora de su esposo en el trabajo profesional. La noticia ha causado dolorosa impresión, por tratarse, como decimos, de persona muy conocida y estimada.

También otro distinguido universitario, el profesor Martín Lagos, ha tenido la desgracia de perder a su hijo mayor, Carlos Martín-Lagos Silvestre, en el momento en que terminada su carrera y en plena actividad, auguraba un porvenir brillante. La causa ha sido debida a un trágico accidente de automóvil.

Para ambas familias y distinguidos colaboradores y amigos, enviamos nuestro testimonio sincero de cordial afecto en estos momentos de dolorosa aflicción.

CONDECORACIÓN AL DR. NAVAS MIGUELOA

Le ha sido concedida la Encomienda con Placa de la Orden Civil de Sanidad, al médico puericultor del Estado, de Madrid, doctor don Luis Navas Migueloa. Es justa compensación a la labor eficaz que ha desarrollado en sus actividades al servicio de la Sanidad y últimamente al frente del Centro de Prematuros de Madrid, del que es director, con gran acierto en su función. Le felicitamos cordialmente.

REUNIÓN DEL CAPÍTULO DE ANDALUCÍA DEL «AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS»

El Capítulo de Andalucía (Andalucía, Extremadura y Murcia) del «American College of Chest Physicians» celebró el sábado 16 de enero, en salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Jaén, una Mesa de Discusión sobre el tema «Cardiopatías y angiopatías congénitas». Actuó de moderador en el tema médico el doctor C. Gómez Moreno, de Granada, y en los temas quirúrgicos, el doctor Luis Sagaz Zubulzu, de Jaén.



Dr. Zurita

Fueron designados como ponentes por esta Junta, de acuerdo con el doctor Caralps, regente del A.C.C.P. en España, los siguientes relatores:

Doctor don Antonio Azpitarte (de Granada): «Las cardiopatías congénitas en el adulto.»

Doctor don Rafael García Zozaya (de Sevilla): «Procedimiento de elección en la cirugía a corazón abierto.»

Doctor don Enrique García Ortiz (de Madrid): «Mi experiencia personal en cirugía cardíaca a corazón abierto y parado bajo hipotermia y circulación extracorpórea.»

La reunión, bajo la presidencia del doctor don Carlos Zurita, constituyó un éxito notable.

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 Mateu, se celebró la sesión inaugural del curso de la Sociedad Valenciana de Pediatría. El secretario de la Sociedad, doctor Cortés, leyó la memoria. El doctor Selfa, presidente de la Sociedad, presentó al conferenciante, el doctor Pérez Pardo, quien desarrolló con gran documentación el tema «¿Debemos seguir vacunando con el B. C. G.?».

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

Se anuncia la convocatoria de cinco becas de cien mil pesetas cada una, para realizar trabajos de investigación fundamental o clínica, o perfeccionamientos de técnicas clínicas ontológicas en centros extranjeros, con una duración de un año.

Los requisitos para esta convocatoria son:

Ser español; título de licenciado en Medicina y Cirugía; expediente académco; curriculum vitae; breve resumen del trabajo a realizar y Centro en donde va a desarrollarlo; idiomas que habla o traduce; será indispensable el conocimiento a la perfección del idioma del país en que vaya a realizar el trabajo, lo cual se demostrará con un examen previo; las instancias se dirigirán al presidente de la Asociación Española contra el Cáncer, plaza de Platerías Martínez, núm. 1, Madrid; el plazo de admisión de instancias se cerrará el 31 de marzo de 1960

Antes de que el becario haga uso de la beca, será indispensable presentar la aceptación o conformidad del director del Centro o jefe del Departamento donde el becario vaya a realizar los trabajos.

Estas becas comenzarán a entrar en vigor a partir de septiembre u octubre de 1960. — El secretario general, José Biosca Torres.

También aparece otra convocatoria de cincuenta becas de tres mil quinientas pesetas cada una, para realizar un curso general de iniciación oncológica, de un mes de duración, en Madrid, del 10 de marzo al 10 de abril de 1960, siendo precisas las siguientes condiciones:

Ser español; título de licenciado en Medicina y Cirugía; edad inferior a 35 años; expediente académico; curriculum vitae; idiomas que domina; se asignará a cada provincia una beca, la cual será adjudicada por la Junta Provincial correspondiente, de la Asociación

Española contra el Cáncer; las instancias se dirigirán al presidente de la Asociación Española contra el Cáncer, y se presentará una copia en la Junta Provincial correspondiente y otra se dirigirá al domicilio central de la A.E.C.C., en plaza Platerías Martínez, núm. 1, Madrid; el plazo de admisión de instancias terminará el 31 de enero. — El secretario general, José Biosca Torres.

PRÓXIMO CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DEL TÓRAX

Del 28 de agosto al 1 de septiembre de 1960, tendrá lugar en Viena (Austria) el VI Congreso Internacional de Enfermedades del Tórax del «American College of Chest Physicians», organizado por la «Sociedad Vienesa de Medicina Interna», con la colaboración de la «Sociedad de Médicos de Viena» y de la «Sociedad de Tuberculosis Austríaca». El Congreso tendrá lugar en la Universidad de Viena, bajo el patrocinio del Presidente de la República Federal de Austria, Dr. Adolf Schärf, siendo Presidente del mismo el doctor K. Fellinger. y Secretario General el doctor A. Sattler. El III Congreso Internacional del A.C.C.P. se celebró en España, en Barcelona, el año 1954, patrocinado por el Gobierno español. Se discutirán todos los temas comprendidos en la Patología torácica.

Para toda clase de información, dirigirse a la secretaría del «American College of Chest Physicians» en España: Córcega, 393, 4.°, 1.ª, Barcelona. Doctor A. Caralps.

VIII CURSO SOBRE «ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO»

Del 1 de marzo al 31 del mismo mes, tendrá lugar, en la Escuela Médico-Quirúrgica de Patología Digestiva, del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, el VIII curso intensivo para postgraduados, sobre «Enfermedades del aparato digestivo».

Está organizado por el profesor T. A. Pinós Marsell, director de la Escuela, con la colaboración del personal del Servicio y de los profesores y médicos del Hospital.

El curso, esencialmente práctico, constará de lecciones de Clínica, Radiología del tubo digestivo, Esofagoscopia, dilataciones esofágicas y forzadas del cardias, Gastroscopia, Sondeo gástrico, Biopsia exfoliativa, Sondeo duodenal, Colangiografía, Biopsia hepática, Esplenoportografía, Laparoscopia, Terapéutica proctológica, Laboratorio y Psicosomática digestiva.

Para información general, programa detallado del curso, número de plazas, etc., dirigirse a la Secretaría del Servicio de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona (Avda. San Antonio María Claret, 167).

Durante el curso académico 1959-60, la Escuela de Patología Digestiva del profesor T. A. Pinós Marsell organizará, además, los siguientes cursillos monográficos sobre:

«Punción hepática y Laparoscopia», dirigido por los doctores T. A. Pinós Marsell e I. Serés Pampols.

«Gastroscopia», dirigido por el doctor E. Vidal Colomer.

«Enfermedades ano-rectales», dirigido por el doctor J. Arán Suau.

«Nociones básicas de Histopatología del aparato digestivo», dirigido por el doctor R. Ortiz Campos.

«Psicosomática digestiva», dirigido por el doctor J. M.ª Farré Puyal.

Las fechas en que tendrán lugar los cursos monográficos se anunciarán oportunamente.

AVANCES DE LA MEDICINA TROPICAL

Las regiones poco desarrolladas del mundo, entre ellas la mayor parte de los trópicos, contienen los dos tercios de la población mundial; de ahí la importancia de la medicina tropical en su constante lucha para combatir las enfermedades que la acosan, como paludismo, tripanosomiasis, fiebre amarilla, varias desinterías, lepra, etc. La urbanización mal controlada complica todavía más el problema de la sanidad pública. Pero a pesar de todas las dificultades, los progresos realizados hasta ahora son alentadores. Un buen ejemplo lo tenemos en la tripanosomiasis, enfermedad que diezmaba a pueblos enteros de Africa. Los progresos realizados en la lucha contra esta enfermedad se deben en gran parte al trabajo de dos británicos: David Bruce, en Uganda, y C. F. Swynnerton, en Tanganika. Fue Bruce quien descubrió que la enfermedad del sueño era causada por parásitos introducidos en la corriente sanguínea por la picadura de la mosca tsé-tsé, y Swynnerton quien desarrolló la técnica de limitar los movimientos de la citada mosca, atacando después los lugares donde ésta se reproducía. Swynnerton murió en 1938, pero sus métodos se aplicaron en vasta escala, especialmente en Nigeria. En el peor año registrado, se diagnosticaron noventa mil casos —aunque naturalmente habría muchos enfermos que nunca vieron a un médico—. La inspección y el tratamiento se han intensificado desde entonces, y hoy el tratamiento es obligatorio. En 1946, se registraron dieciséis mil casos en el Norte de Nigeria. En 1953, este número había descendido a seis mil, y en los primeros nueve meses de 1958 sólo sumaban cuatro mil novecientos dos. La batalla contra las enfermedades tropicales continúa y será larga y dura. Dada la magnitud de las zonas afectadas, es mucho lo que queda por hacer, pero también es mucho lo que ya se ha hecho.

ZARAGOZA, 15 FEBRERO 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

SOLEMNE INAUGURACION DEL CURSO EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

DESARROLLO UN DOCUMENTADO TRABAJO EL DOCTOR DON RICARDO HORNO LIRIA SOBRE EL TEMA: «LA PRENSA MEDICA, SU FUNCION Y ALCANCE»

Los premios «Gari» y «Oliver», que otorga la Academia, fueron concedidos a los doctores Celada, Loscos y Samitier

El día 31 del pasado, en su salón de sesiones de las Facultades de Medicina y Ciencias, tuvo lugar la sesión inaugural del curso actual de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Con el presidente de la Corporación se sentaron a la mesa, a ambos lados del ilustre doctor Oliver Rubio, a su derecha, el presidente de la Audiencia Territorial, excelentísimo señor don Ginés Parra; el general de Sanidad Militar, doctor Salarrullana; el jefe superior de Policía, general López Lapuente; y el jefe provincial de Sanidad, doctor Bravo. A la izquierda, el decano de Ciencias, profesor Gómez Aranda; el profesor Sancho Izquierdo; el doctor Malumbres, por la Alcaldía; y el secretario perpetuo de la Real Academia, doctor De Gregorio y García-Serrano.



El doctor Horno Liria (don Ricardo), académico de número y tocoginecólogo de la Asociación de la Prensa, leyó un eminente y documentado trabajo sobre el interesante tema «La prensa médica, su función y alcance», que publicamos en otro lugar de este mismo número. Anteriormente a ello, el doctor De Gregorio y García-Serrano leyó una memoria de la secretaría, reseñando la intensa y fructífera labor que realizó la Academia en el pasado curso.

Los premios «Gari» y «Oliver Rubio» fueron concedidos a los doctores Celada y Loscos, y doctor Samitier, respectivamente.

El distinguido público que asistió al brillante acto, escuchó con suma atención la disertación del doctor Ricardo Horno Liria y premió la misma con calurosos aplausos.

El doctor Oliver Rubio, presidente de la Real Academia, cerró el acto con unas elocuentes palabras, felicitando al doctor Horno Liria, así como a los compañeros premiados.

CONFERENCIA DEL DR. MARTÍNEZ PEÑUELA

El día 4 de febrero celebró sesión científico-literaria la Real Academia de Medicina de Zaragoza, bajo la presidencia del doctor Oliver, interviniendo el doctor don José María Martínez Peñuela, jefe del laboratorio clínico del Hospital Provincial de Navarra, que disertó brillantemente sobre «Los tumores primitivos del ganglio linfático».

Hizo la presentación del conferenciante el doctor Oliver, destacando sus dotes científicas y la intensa y sistemática labor que realiza al frente del laboratorio clínico del Hospital Provincial de Navarra.

El doctor Martínez Peñuela agradeció las palabras del doctor Oliver y dio comienzo a su conferencia sobre «Los tumores primitivos del ganglio linfático», con un estilo claro y preciso, delimitando y fijando los diversos tipos

que pueden presentarse en los procesos de enfermedad. Una valiosa serie de diapositivas ilustró sus palabras, y al final fue calurosamente aplaudido.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El día 11 tuvo lugar una nueva sesión científica, en la que el académico corresponsal don Fernando Zubiri presentó una interesantísima comunicación, escrita en colaboración con el presidente de la Academia, doctor Oliver Rubio, sobre el tema «La Oftalmología árabe en la España musulmana durante los siglos XI y XII». En ella se hace un completo y actualizado resumen de los conocimientos y desarrollo de esta especialidad, en la que sobresalieron notablemente los médicos del Califato. Citó detalladamente el contenido de un interesante Códice existente en la biblioteca de nuestro Seminario Conciliar, del cual hizo un acabado estudio. Este notable trabajo será publicado en breve en esta revista, por lo cual no nos extendemos en su reseña.

La exposición de tan interesante estudio fue premiada con gran aplauso, interviniendo después en la discusión los doctores Palomar y Galán, rectificando y agradeciendo sus palabras el doctor Oliver.

HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

El día 24 asistieron a una misa, que ofició el asesor religioso, quien pronunció una elocuente plática. A dicho acto asistieron cerca de un centenar de facultativos zaragozanos y familiares, rezándose un responso en sufragio del doctor don Félix Dehesa, recientemente fallecido.

A las once de la mañana se celebró solemne sesión de la Academia Deontológica, presidida por el doctor don Luis Azúa, a la que asistió lo más selecto de la clase médica y farmacéutica de la ciudad. La lección estuvo a cargo de don Angel Alcalá, profesor del Seminario Conciliar, que expuso el tema «Medicina y moral en los discursos de Pío XII», que fue escuchada con gran atención por los ilustres médicos, odontólogos y farmacéuticos de la Hermandad de San Cosme y San Damián, que premiaron al conferenciante con grandes aplausos al final de su lección, verdaderamente documentada y magistral.

FIESTA DE SANTA APOLONIA

El día 9 celebró su fiesta el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Sexta Región, en honor de su excelsa Patrona Santa Apolonia.

Por la mañana, en la Iglesia Parroquial de Santa Cruz, se celebró una misa solemne y se cantó un responso en sufragio de los fallecidos durante el año.

Asistió a estos actos la junta de Gobierno del Ilustre Colegio Oficial, presidiendo el secretario, don Joaquín Bielsa Vispe, acompañado de los colegiados, familiares y público.

Después de la misa, en los locales del domicilio social del Colegio, fue servido un vino de honor a los señores colegiados e invitados.

Por la tarde, en los salones del Colegio, se proyectaron algunas películas de temas profesionales.

Finalmente, por la noche, en el «Restaurante Savoy», hubo una cena de hermandad, en la que intervinieron con varios ingeniosos números «Los Tres Sattan's», primer premio de magia humorística en el III Congreso Mágico Nacional, celebrado en Sevilla.

CURSO DE CONFERENCIAS EN HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR. LOZANO MONZÓN

En el XXV aniversario del fallecimiento del insigne cirujano aragonés don Ricardo Lozano, la Facultad de Medicina y la Real Academia de Medicina han organizado un curso extraordinario de conferencias, que tendrán lugar del 23 de febrero al 7 de mayo de 1960, a las ocho de la tarde, en la Facultad de Medicina, con arreglo al siguiente programa:

13 de febrero: Profesor don Fernando Cuadrado, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas y decano de la Facultad de Medicina de Salamanca: «La evolución en el tratamiento de la pancreatitis aguda».

26 de febrero: Profesor don Fernando Civeira Otermín, catedrático de Patología y Clínica Médicas y decano de la Facultad de Medicina de Zaragoza: «La enfermedad postoperatoria vista por un internista».

11 de marzo: Profesor don Alfonso de la Fuente Chaos, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas de la Facultad de Medicina de Madrid: «Cirugía cardíaca».

25 de marzo: Profesor don Pedro Piulach, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas de Barcelona: «Cirugía vascular».

2 de abril: Profesor don Francisco Martín Lagos, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas de Madrid: «Cirugía ortopédica».

23 de abril: Profesor don Rafael Vara López, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas de Madrid: «Cirugía del encéfalo».

30 de abril: Profesor don Ricardo Lozano Blesa, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgicas de Zaragoza: «Evolución del tratamiento quirúrgico de los quistes hidratídicos».

7 de mayo: Solemne sesión de clausura, en la que harán uso de la palabra los profesores don Francisco Oliver Rubio, en representación de la Real Academia, y don Antonio Lorente Sanz, en representación de la Facultad de Medicina.

Las palabras de clausura estarán a cargo del Magnífico y Excelentísimo señor rector de la Universidad, don Juan Cabrera.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA (SECCIÓN DEL EBRO)

El día 27 del pasado, esta Sociedad celebró su sesión científica mensual, presentando una comunicación el doctor don Ricardo Horno Liria, sobre «Anoxia fetal; su prevención y tratamiento».

Comenzó refiriéndose a la anoxia o hipoxia fetal, concepto que ha sustituído al antiguo de asfixia, y que todavía hoy es la causante de más de la cuarta parte de las muertes de niños en el nacimiento.

Estudió las causas que conducen a ella durante la gestación y sobre todo en el parto, y que llevan a la aparición de signos de sufrimiento fetal, que son los que plantean el problema urgente del tratamiento.

Señaló los medios para evitar y reducir los riesgos de anoxia, insistiendo en la prudencia en el uso de analgésicos y anestésicos generales; en la administración de oxígeno a la madre en forma intermitente durante el parto; en no dejar prolongarse excesivamente la duración de éste; en la suavidad en las intervenciones; en la ampliación, sin abuso, de la operación cesárea; en una palabra, en utilizar todas las circunstancias para evitar que el niño sufra. Finalmente, se refirió a la oxigenoterapia y reanimación en el recién nacido, previa desobstrucción de sus vías respiratorias.

En la discusión intervinieron, aportando su experiencia y comentando distintos espectos, los doctores Savirón, Lorén, Vicente Carceller, Ramón Vinós, Blanco, Roncalés, Martínez Bazán, Giménez y Ramón Abelló, a los que contestó, rectificando, el doctor Horno.

CONFERENCIA DEL DR. ESCOLAR

El día 9, el catedrático de Anatomía de la Universidad de Zaragoza, don José Escolar, habló en la Residencia de Estudiantes de Miraflores sobre «Vida y síntesis», siendo muy aplaudido.

EL DR. GARCÍA LEJARRETA, PREMIO EXTRAORDINARIO DE LICENCIATURA

Por la Facultad de Medicina le ha sido concedido el Premio Extraordinario en la Licenciatura al joven universitario turiasonense don Antonio García Lejarreta. Al galardonado con tan merecido y honroso premio, expresamos nuestra sincera felicitación por tan brillante triunfo.

SESIONES CLÍNICAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA

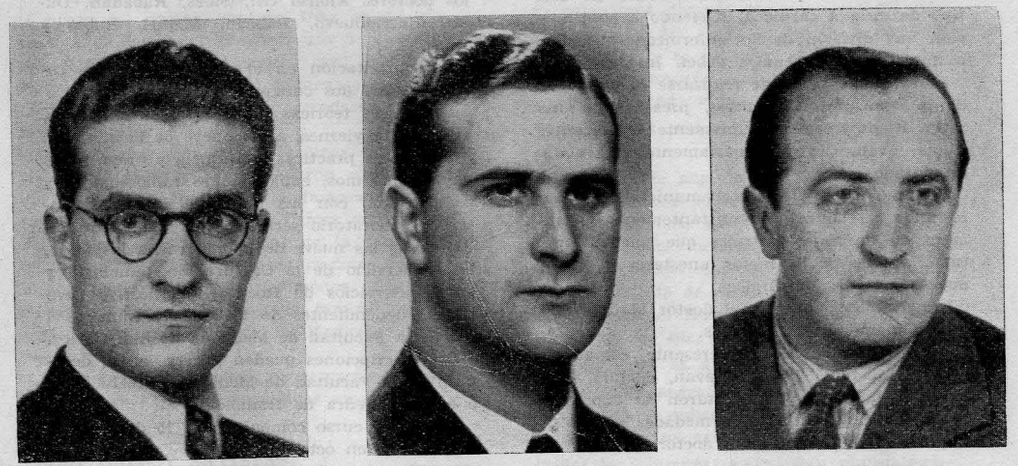
Las sesiones clínicas se reunieron el día 5, con arreglo al siguiente orden del día:

Doctor Tabuenca Oliver: «Aportación personal al conocimiento de la comunicación interventricular».

Doctor Seral Casas: «Aspectos de la recuperación de los poliomielíticos».

El acto se vio muy concurrido.

MÉDICOS PREMIADOS



De izquierda a derecha: los doctores don Joaquín Loscos y don Alberto Celada, que han sido galardonados con el «Premio Gari». El doctor don Javier Samitier, que obtuvo el «Premio Oliver».

SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

El día 2, bajo la presidencia del doctor Zubiri Vidal, tuvo lugar la conferencia de la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», correspondiente al mes en curso, en la que el doctor don Rafael Cardona disertó sobre el tema «Urgencia y Medicina» (Pequeña historia de la Casa de Socorro de Zaragoza). Su conferencia se dividió en dos partes. En la primera glosó la figura del médico de guardia, mejor denominado médico de urgencias, los problemas con que éste se enfrenta y sus relaciones con otros aspectos de la Medicina.

Eu su segunda parte, expuso la parte anecdótica de las mil vicisitudes por las que la ciudad pasó hasta ver construida la actual Casa de Socorro, y ensalzó la labor y sacrificio de los primeros médicos de la Beneficencia Municipal, para los que dedicó un recuerdo emocionado.

CONFERENCIAS DEL DR. MATICH

El día 19 de enero celebró su anunciada reunión la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», en cuyo acto presentó su comunicación sobre «Complicaciones de la comisurotomía mitral» el doctor Zvonimir P. Matich.

Ocuparon la presidencia el doctor don Antonio Zubiri Vidal y los doctores don Antonio Val-Carreres y don Eduardo de Gregorio García Serrano.

El conferenciante, basándose en una estadística de un centenar de casos por él operados, se ocupó detenidamente de cuáles son las indicaciones y contrandicaciones de este tipo de cirugía cardíaca, haciendo a continuación una división de las enfermedades cardíacas, y señalando cuáles deben intervenirse.

Indicó cómo debía de realizarse la operación de la comisurotomía mitral, presentando una serie de proyecciones sumamente interesantes y que avalan extraordinariamente el trabajo presentado.

Terminó su interesante comunicación manifestando que aumenta constantemente el número de enfermos mitrales que pueden operarse gracias a la mejor anestesia y a los nuevos métodos quirúrgicos.

Las últimas palabras del doctor Matich fueron cálidamente ovacionadas.

Intervinieron a esta interesante comunicación los doctores Tello, Estevan, doctora Bescós y Malumbres, que aportaron su experiencia personal sobre las enfermedades cardíacas a que se había referido el doctor Matich.

* * *

Nuevamente, en la inauguración del ciclo de estudios de «Joven Europa», de la Delegación de Educación Nacional, el doctor croata Zvonimir P. Matich disertó sobre la «Trayectoria política de Ante Pavelic», el recientemente desaparecido dirigente del Estado Libre de Croacia. Realizó la presentación del ciclo el director de «Joven Europa», don Francisco Silva. El doctor Matich glosó a continuación la biografía del estadista europeo, examinando con detalle y documentación histórica de gran valor los principales aspectos de su vida y la del movmiento «ustacha». Analizó la actuación de Croacia en la última guerra mundial y demostró los errores de la política occidental con el pequeño país.

NECROLOGÍA

EL DR. CAMPDERÁ

Ha fallecido el doctor don Juan Campderá Sala, médico prestigioso y competente; hombre de vocación, se consagró a su especialidad de Urología con verdadera ilusión y entusiasmo. Su muerte ha sido muy sentida al divulgarse en la ciudad, en la que contaba con muchos amigos.

CURSOS

CURSOS DE ESPECIALIZACIÓN EN RADIOLOGÍA

La Cátedra de Radiología de la Universidad de Madrid, del profesor don Carlos Gil y Gil, organiza cursos de Radiodiagnóstico para médicos y estudiantes de Medicina del último curso que deseen especializarse en Radiología (rama de Roentgendiagnóstico), a cargo de los doctores Sebastiá Abreu, Gil Gayarre y Padrón Villarreal; y con la colaboración de los doctores Alonso Gil, Sales, Rabadán, Durán Barrionuevo, Rábago, Míquel, Rubio y Vilar.

La capacitación en el diagnóstico exige como máximo dos cursos de duración.

Las clases teóricas tendrán lugar los lunes, miércoles y viernes, a las nueve de la mañana.

Las clases prácticas, asistencia y preparación de los enfermos, exploraciones radioscópicas y radiografías, con las prácticas correspondientes de laboratorio serán diarias y tendrán lugar desde las nueve de la mañana a las trece, en el Servicio de la Cátedra de Radiología y en los Servicios de Roentgendiagnóstico Centrales (dependientes de la misma) números 1 y 2 de la Facultad de Medicina de San Carlos.

Las inscripciones pueden hacerse en el decanato de la Facultad de Medicina (Atocha, 106) o en la Cátedra de Radiología.

El primer curso comenzará el 15 de febrero, terminando en octubre de 1960.

Los derechos de matrícula para este curso son de 4.000 pesetas. El número de alumnos será limitado a veinte.

VIDA MEDICA NACIONAL

HOMENAJE EN ELCHE AL DR. JIMÉNEZ DÍAZ

La ciudad de Elche ha rendido un cálido homenaje de gratitud al doctor don Carlos Jiménez Díaz, que llegó acompañado de su esposa y de unos treinta médicos madrileños, colaboradores del homenajeado y discípulos.



En el Ayuntamiento fue recibido por el alcalde, gobernador civil y otras autoridades provinciales y locales, así como numerosos médicos de toda la región, que le dieron la bienvenida.

Después se trasladaron al parque municipal, y en una de las rotondas, el alcalde descubrió el busto del doctor Jiménez Díaz en la glorieta a él dedicada. Hicieron uso de la palabra el alcalde y el gobernador civil, que exaltaron la personalidad del homenajeado, y el doctor Jiménez Díaz, para agradecer el homenaje que se le tributaba.

Después de recorrer los jardines municipales, los asistentes se trasladaron al «Huerto del Cura» para admirar la famosa palmera imperial, y estamparon sus firmas en el libro del mismo. A primera hora de la tarde, en el Casino, la Comisión organizadora del homenaje ofreció al doctor Jiménez Díaz una comida, a la que se sumaron también numerosas representaciones de la Medicina de la región.

El homenajeado recibió un pergamino, como recuerdo de los actos celebrados en su honor.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró la sesión inaugural del curso el día 9 de febrero, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, y en ella pronunció una conferencia la doctora Carmen Guirado Rodríguez-Mora, Inspector Médico de Higiene Escolar del Estado, sobre el tema «Imagen, metáfora y sonido».

Hizo su presentación el doctor don Juan Fernán Pérez, contestándole en nombre de la Asociación el doctor don Carlos Blanco Soler.

A continuación se hizo entrega al doctor don José Alvarez Sierra de la Medalla de Oro de la Asociación, como recompensa a su larga y meritoria labor de escritor y periodista.

Finalmente, se procedió a hacer público el fallo del concurso convocado pra los «Premios Blanco Soler», al que han sido presentados numerosos trabajos.

El jurado calificador, formado por el doctor Blanco Soler, con los doctores don Arturo Perera y don Manuel Izquierdo, seleccionó los originales y acordó declarar desierto el primer premio, acumulándolo para el concurso próximo, y conceder el accésit de dos mil quinientas pesetas y Medalla de Plata al trabajo presentado con el lema «Tajo», y que trata de «La Medicina y los médicos en la obra de Tirso de Molina».

XI CURSO SOBRE CIRUGÍA DEL RECIÉN NACIDO

Se celebrará este curso en el Servcio de Cirugía General Infantil, del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, del 19 de mayo al 7 de junio de 1960.

El curso será dirigido por el doctor Garrido Lestache, jefe del Servicio, auxiliado por sus colaboradores, y se dedicará al estudio de las deformidades, anomalías y tumores congénitos, con sesiones clínicas y operatorias.

El cursillo es solamente para graduados en Medicina.

El número de alumnos se limita a quince, reservándose otras quince plazas para médicos hispanoamericanos, cinco para portugueses y otras cinco para médicos de otras nacionalidades, que necesariamente deberán inscribirse antes del día 15 de mayo en las oficinas administrativas del Hospital (Avenida Menéndez Pelayo, 65), de diez a doce.

La matrícula es gratuita.

Las sesiones operatorias estarán relacionadas con los temas indicados, pero pueden variar con arreglo a las exigencias de la Clínica.

Todos los alumnos que asistan puntualmente al cursillo recibirán un certificado de asistencia.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

AMPLIACIONES A LA LIQUIDACION DEL AUTOMOVIL

Ya está en manos de todos los mutualistas de la Sección, la liquidación de la del Automóvil correspondiente al pasado año. Y, como en los anteriores, también con buen retorno de cuotas. Igual al del precedente ejercicio. La cifra unitaria es considerable. Lo mismo para los siniestrados, que para los no siniestrados. Posiblemente, ambas insuperables. Una vigilancia y administración severísimas, lo han permitido. Pero ¿podrá ser continuado por igual cuantía en lo sucesivo? Para servir bien la escena teatral se precisa amplias y numerosas intervenciones entre bastidores.. Y en la Sección del Automóvil de la Mutualidad Sanitaria también han debido existir aquellas.

Una afirmación categórica muy interesante: para la distribución de este retorno no ha sido preciso recurrir a las reservas niveladoras de la Sección. Estas son escasas. No llegan al millón de pesetas. Pero continuan intactas; más bien acreciendo muy ligeramente. El superávit logrado en la liquidación ha sido escaso. Apenas unas decenas de miles de pesetas, que en nada hubiesen influído sobre la distribución. Y se ha considerado preferible situarlas en el valor probable de los siniestros en curso. Valor con sólo cantidades muy aproximadas imposibles de exactitud al céntimo. Y el superávit seguro, de muy cerca de 13 millones de pesetas, se reparte íntegro entre todos los asociados, en cifra que casi iguala al 50 por ciento de la recaudación anual, y que la supera si de ésta se dedujesen los necesarios y bien escasos gastos administrativos, y si se tuviesen en cuenta timbres, impuestos, riesgos catastróficos, etc., inexistentes para los asociados de la mutual sanitaria.

Al efectuar la liquidación, se ha observado la disminución del número de accidentes; que, por otra parte, su coste ha sido más elevado. Y este dato ha preocupado intensamente al Consejo de Administración para liquidaciones sucesivas.

Como también le preocupa el rumor de un posible aumento obligatorio de las cuotas, en cifras bastante considerables, que pudiera hallarse en los alrededores de la cuarta parte. Rumor insistente, que tal vez pueda no tener efectividad de momento, a la vista de las circunstancias y situación actual, con los informes contrarios de los economistas. La obligatoriedad de la percepción, motiva su forzoso acatamiento.

Otra preocupación del Consejo la constituyen los accidentes personales, por desgracia cada vez más frecuentes. Aun cuando éstos sean inevitables en algunas ocasiones, existe el temor de que lo fueran en muchas otras. El ambiente general del tráfico y de la circulación, es un poco hostil a los conductores sanitarios, considerándolos insuficientemente capacitados. Tal vez esta supuesta insuficiencia la origine el agotamiento orgánico casi constante, por exceso de trabajo profesional, y el continuo pensar en aquél, que desvíen la atención precisa del conductor. Y se insiste sobre la conveniencia de inscripción en el grupo de accidente personal, con la corta cuota de 50 pesetas anuales. Precaución que no convendría adoptar si todos los mutualistas del automóvil figurasen en los grupos máximos de la Sección de Vida; que, al propio tiempo, les ayudaría en todos los casos. Son algo más de la mitad los que pertenecen a la Sección de Accidente Personal.

Inquietudes, desvelos, preocupaciones constantes, son la tónica del Consejo al tratar asuntos de la Sección del Automóvil de la Mutualidad.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa.

III JORNADAS REUMATOLÓGICAS ESPAÑOLAS

Durante los días 26, 27 y 28 de mayo de 1960 se celebrarán en Bilbao, las III Jornadas Reumatológicas Españolas. El tema principal a desarrollar en las mismas será: «Aspectos de la poliartritis crónica progresiva».

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Reumatismo ha encargado a varios Servicios de Reumatología de nuestro país el estudio de los diversos problemas que plantea el mencionado cuadro patológico.

Todos los jornadistas podrán presentar comunicaciones sobre el tema principal o comunicaciones libres. Los títulos de las comunicaciones deberán obrar en poder del secretario general de las Jornadas antes del día 15 de abril de 1960.

La cuota de inscripción será de 600 pesetas para los jornadistas y de 450 para los acompañantes. Las inscripciones deberán cursarse al secretario general antes del día 15 de abril de 1960.

Para toda clase de detalles e informes, dirigirse al doctor don José Luis de Usobiaga, Alameda de Recalde, número 12, Bilbao.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

EL PROF. REYNALDO DOS SANTOS, PRESIDENTE DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE LISBOA

En la sesión plenaria celebrada por la Academia de Ciencias Médicas de Lisboa, se procedió a la elección de presidente para el bienio 1960-61, siendo designado por unanimidad el profesor Reynaldo Dos Santos, prestigioso científico, eminente escritor y crítico de arte.

MEDALLA DE ORO AL PROF. CASTELLANI

En una solemne ceremonia celebrada en el Círculo de Prensa de Milán, le fue otorgada al profesor Aldo Castellani, clínico eminente de Florencia, una artística Medalla de Oro, por sus méritos profesionales.

BODAS DE ORO DE «MINERVA MEDICA»

La veterana y prestigiosa revista «Minerva Medica», en cuyo grupo periodístico se integran otras publicaciones, ha celebrado con diversos actos el haber alcanzado los cincuenta años desde su aparición.

Desde estas columnas, felicitamos cordialmente a la notable revista italiana, y a sus directores y cuerpo de redacción, por el éxito que eso supone en el batallar incesante en favor de la Medicina, habiendo mantenido a gran altura el nombre y el progreso de la ciencia médica de su país.

DISTINCIÓN AL DR. PUIGVERT

Ha sido elegido recientemente miembro numerario de la «Deutsche Gesellschaft Für Urologie E. V.», el distinguido urólogo doctor don Antonio Puigvert, prestigiosa figura de la Medicina española.

SOCIEDAD INTERNACIONAL DE MEDICINA CIBERNÉTICA

La Sociedad Internacional de Medicina Cibernética, constituída en 1958 con la participación de diecinueve países, ha celebrado en Nápoles, el último noviembre, su primera Asamblea General.

Se eligió presidente al profesor Aldo Masturzo, de la Universidad de Nápoles; vicepresidente, al profesor Paul Nayrac, de la Universidad de Lille; y consejeros, a los profesores: N. Wiener, G. Asboe-Hansen, F. Nember, A. Gata y C. Coruzzi.

Se decidió celebrar en 1960, en Nápoles, un Simposium Internacional de Medicina Cibernética, con la participación del profesor Norbert Wiener.

El Consejo ha ratificado el emplazamiento de la secretaría general de la Sociedad en Nápoles, Vía Roma, número 348.

NECROLOGÍA

EN RECUERDO A JUAN CARLOS PERACCHIA

Quienes participaron en aquellas inolvidables Primeras Jornadas Médicas Aragonesas, del año 1932, recordarán sin duda a dos jóvenes profesores de la Universidad de Milán, el profesor Pettinari y el profesor Peracchia, que, colaboradores activos por aquel entonces de



estas páginas, quisieron asociarse con su aportación científica y con su presencia personal a aquellos actos, en representación de su país, tomando parte muy activa en nuestras tareas.

Hoy hemos de insistir sobre la penosa noticia del fallecimiento del profesor Gian Carlo Peracchia, cirujano jefe del Hospital Civil de Brescia (Italia), a quien la «Societá Medico-Chirurgica Bresciana» acaba de rendir un cálido y sentido homenaje a su memoria.

Alumno destacado de aquel gran cirujano que fue Mario Donati, profesor de la Universidad milanesa, que siempre le distinguió con su escrupulosa dirección, adquirió de él un gran amor al estudio y una gran destreza y valentía en el acto quirúrgico. Fue profesor libre en los hospitales universitarios de Milán, Padua, Merano, Trieste y Brescia. Desempeñó una gran labor en todos ellos y poseía una importante estadística operatoria. Sobre todo en Merano, supo crear un Hospital de Cirugía que fue un modelo de organización médica y científica, en un medio que entonces,

bajo la influencia vienesa, era totalmente hostil a todo lo italiano.

Sus trabajos fueron muy numerosos. De ellos recordamos: «Gangrena de los miembros inferiores»; «Meningiomas intradurales vertebrales»; «Tratamiento de las estenosis esofágicas»; «Injertos óseos autoplásticos», etc., etc., varios de ellos publicados aquí.

Su laboriosidad y sus grandes dotes personales y didácticas, fueron una gran pérdida para su patria, que quedó falta de un gran cirujano y de un excelente maestro.

Su breve pero activa carrera queda reflejada y sintetizada en unas palabras que sirvieron de lema a uno de sus trabajos: **«Vivere per ben morire»**. Máxima que parece encerrar toda la síntesis de su actividad terrena.

R. H. L.

EL PROF. PAUTRIER

Falleció en Francia, a la edad de 83 años, el célebre dermatólogo doctor **Lucien Maric Pautrier**, profesor de la especialidad en la Universidad de Strasbourg. Fue presidente del Congreso Internacional de la Sífilis Congénita, celebrado en Zurich en el año 1950. Era doctor «honoris causa» de numerosas Universidades, y académico de honor de diversas Sociedades de Dermatología, entre ellas la española. Fue autor de numerosas publicaciones y creador de una gran escuela.

EL DR. DUNBAR

A los 57 años, y en plena actividad y producción científica, ha fallecido el doctor **Flanders Dunbar**, que tanto ha contribuído al desarrollo de la Medicina psicosomática, y era autor de numerosos e interesantes trabajos.

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 el II Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología, que se celebrará en Caracas, del 19 al 24 de febrero de 1960, con arreglo al siguiente programa:

I. Temas principales.—Obstetricia: 1. «Anemia en Obstetricia»; 2. «Inducción del parto»; 3. «Mortalidad perinatal»; 4. «Evaluación de las espátulas de Thierry».

Ginecología: 1. «Patología tubaria»; 2. «Diagnóstico precoz del cáncer del cuello»; 3. «Laparascopia»; 4. «Ginecografía.

II. Mesas redondas.—Ginecología: 1. «Anemia en Obtetricia»; 2. «Inducción del parto»; 3. «Mortalidad perinatal».

Ginecología: 1. «Patología tubaria»; 2. «Amenorrea».

III. Conferencias por invitados extranjeros y venezolanos.

Para información, dirigirse al doctor H. Marcano Guzmán, apartado 7.332 (San Martín). Caracas, Venezuela.

I CONGRESO DE LA ACADEMIA ASIÁTICO-PACÍFICA DE OFTALMOLOGIA

Se celebrará este congreso en Manila (Filipinas), del 10 al 13 de octubre de 1960, bajo los auspicios de la Sociedad Oftalmológica de Filipinas. Participarán en él los delegados de varios países de las regiones asiático-pacíficas y huéspedes de América y Europa. El tema principal será: «Enfermedades que causan ceguera en las regiones asiático-pacíficas».

El comité del programa científico ha señalado el mes de febrero de 1960 como el último plazo para la entrega de los títulos de monografías (con extractos de doscientas palabras) y películas médicas, para que éstas puedan incluirse en el programa oficial del congreso. Además de las monografías y películas, también habrá conferencias de preeminentes oftalmólogos de América, Australia, Europa y la India.

Para los detalles de inscripción y demás particulares, sírvanse comunicar con el doctor Jesús V. Támesis, presidente ejecutivo, Academia Asiático-Pacífica de Oftalmología, bulevar Quezon, 42. Ciudad Quezon (Filipinas).

SE PROYECTA UN HOMENAJE A LA MEMORIA DEL PROFESOR ALBARRÁN

Recientemente, se ha celebrado en París el LIII Congreso de la Asociación Francesa de Urología, al que han asistido un buen número de prestigiosos urólogos españoles.

Tomaron parte en la discusión de la ponencia y presentaron interesantes comunicaciones, los doctores Batalla, Gil-Vernet, Junquera Vila, Moya, Puigvert, profesor A. de la Peña, doctores Picatoste y Romero-Aguirre; todos ellos han aportado su experiencia a la ponencia del Congreso sobre «Anastomosis del uréter».

En la asamblea general de la Asociación, por indicación del presidente, hizo uso de la palabra el doctor Puigvert, quien señaló que en el próximo año concurre el centenario del nacimiento del famoso urólogo Joaquín Albarrán, que, nacido en Cuba y alumno de la Facultad de Medicina de Barcelona, alcanzó ocupar la cátedra de Urología de la Universidad de París. La propuesta del doctor Puigvert fue aceptada por la asamblea de la Asociación Francesa de Urología, que tomó el acuerdo unánime de celebrar en el Congreso del próximo año una sesión en homenaje de tan gran maestro. Para ello se nombrará un comité cubano-hispano-francés que prepare varios trabajos conmemorativos.

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA CELEBRÓ SESIÓN NECROLÓGICA EN MEMORIA DE LOS DRES. CONDE ANDRÉU Y LERGA LUNA

El día 18 de febrero, la Real Academia de Medicina celebró una sesión necrológica en memoria de los ilustres académicos doctores don José Conde Andréu y don Tomás Lerga Luna, estando encargados de los discursos los doctores don Angel Marín Corralé y don Mariano Mateo Tinao.

Presidió el acto el presidente de la Corporación, doctor don Francisco Oliver Rubio, que después cerró el acto glosando algunos aspectos personales de los compañeros desaparecidos.

Esta Corporación celebró también otras dos sesiones, dedicada una de ellas a la exposición de un notable trabajo sobre «La Oftalmología árabe en la España musulmana durante los siglos XI y XII», presentado y leído por el académico corresponsal doctor Fernando Zubiri, en unión del doctor Oliver Rubio, trabajo que fue comentado por los doctores Galán y Palomar.

Posteriormente, el día 3 del actual, el doctor don Francisco Seral, miembro corresponsal, espuso con gran brillantez sus «Impresiones de un curso de Rehabilitación», que fueron muy bien acogidas, y comentadas por los doctores Val Carreres, Andrés Asensio, Noailles y Oliver.

BODAS DE PLATA DEL DISPENSARIO ANTITUBERCULOSO DE LA CAJA DE AHORROS

El día 14 del pasado se cumplieron los veinticinco años de la fundación en Zaragoza de los servicios de Lucha Antituberculosa, creados por la benéfica institución de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad, impulsada por su entonces recién nombrado director general, don José Sinués.

En aquellos Servicios de carácter benéfico-social, que fueron establecidos y completados más tarde en sus diversas especialidades, y también con el Sanatorio de Agramonte, figuró en su primera etapa como director el doctor don Isaac Nogueras, siendo continuada después su ingente labor por el doctor Andrés Asensio.

La considerable labor desarrollada en esos años ofrece una estadística abrumadora, y acredita el esfuerzo y tesón del personal que la ha llevado a cabo y el merecido prestigio que en la ciudad tiene.

La fecha se celebró con una serie de actos íntimos, que puso de relieve el fraternal afecto existente entre su cuerpo facultativo, personal y elementos directivos de la Institución.

CICLO DE CONFERENCIAS EN HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DR. LOZANO

Han comenzado en la Facultad de Medicina, con gran asistencia de público, las primeras sesiones que en memoria del doctor Lozano han organizado la Facultad y la Real Academia, entidades a las que tanto prestigio dio el ilustre maestro y que ahora se rememora con motivo del XXV aniversario de su muerte.

El día 12 de febrero tuvo lugar la primera conferencia, a cargo del doctor don Fernando Cuadrado, decano de la Facultad de Salamanca y catedrático de Clínica quirúrgica, que desarrolló el tema «Tratamiento de las pancreatitis». Previamente, el doctor Civeira pronunció unas palabras para exaltar la memoria del doctor Lozano, diciendo que se trata de uno de los grandes maestros de la Medicina de la primera parte del siglo actual; por ello, Facultad y Academia acordaron tributarle este homenaje, y que el Colegio de Médicos había querido contribuir al mismo creando un premio de cinco mil pesetas para la mejor biografía del doctor Lozano.

Intervinieron en días sucesivos el decano de la Facultad de Zaragoza, doctor Civeira, que expuso con brillantez el tema «La enfermedad postoperatoria vista por un internista», y el día 11 del corriente la conferencia estuvo a cargo del profesor doctor don Alfonso de la Fuente Chaos, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Madrid, director del Instituto de Medicina el Trabajo, quien desarrolló el tema «Evolución histórica de la cirugía del corazón», haciendo historia

de la evolución de la cirugía cardíaca desde sus orígenes hasta el desarrollo espléndido que ha alcanzado en la actualidad, estudiando las aportaciones provinientes de los diversos países; magnífico estudio, que fue muy aplaudido.

EL DR. BASTERO, PRESIDENTE DE LA JUNTA DEL CUERPO PROVINCIAL DE FORENSES

En reciente reunión del Cuerpo provincial de médicos forenses, fue elegido, por aclamación, presidente de dicha junta, el médico forense del Juzgado de Instrucción número 1, decano de Zaragoza, doctor don José María Bastero Beguiristáin, entrañable amigo.

Fueron designados dos agregados al cargo: don Fabriciano de Benavides, forense de Ejea de los Caballeros, y don Hidilio Atarés, médico forense de La Almunia. Nuestra enhorabuena.

CONFERENCIA DEL DR. SUÁREZ PERDIGUERO

El día 20 de febrero, en el salón de actos del Centro Mercantil, el eminente pediatra doctor don Manuel Suárez Perdiguero pronunció una conferencia sobre el tema «La Medicina y los niños en Zaragoza, desde el año 1930 al año 2000» (Recuerdos y enseñanzas de treinta años de pediatra).

El acto se vio muy concurrido.

SESIONES CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Las sesiones clínicas se reunieron el día 9 de febrero, con una conferencia del doctor don Mariano Badell Suriol, sobre el tema «Radiobiología antineoplásica».

Y nuevamente, el día 4 del actual, intervinieron el doctor Ferrer: «Exploración de la región lumbar en Reumatología y su importancia»; y los doctores Basallo Reina y Baselga y Baselga Mantecón: «Datos de interés obtenidos en los sondeos intracardíacos últimamente realizados».

HOMENAJE AL DR. SAMITIER

En el «Restaurante Savoy», el Cuerpo de Sanidad Militar obsequió con una comida al comandante Samitier, con motivo del premio que ha obtenido recientemente en la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Hizo el ofrecimiento el comandante Mozota, que dedicó un gran elogio al homenajeado.

Habló después el teniente coronel Faro, para expresar la adhesión del Colegio de Médicos, dando lectura a una afectuosa carta de felicitación del presidente, doctor Celma.

Finalizó el acto con unas elocuentes palabras del general Salarrullana.

El doctor Samitier dio las gracias a todos por las sinceras manifestaciones de afecto que se le tributaron con este motivo.

HERMANDAD MÉDICO-FARMACÉUTICA DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

La Hermandad Sanitaria de San Cosme y San Damián de Zaragoza celebró el día 28 de febrero sus acostumbrados actos mensuales.

Después tuvo lugar la sesión de la Academia Deontológica en el salón de profesores del Hospital, disertando el doctor don Luis Baselga de Yarza, sobre «Algunas notas fundamentales de Deontología médica», tratando principalmente de la obligación de emplear en Medicina los procedimientos más rápidos y económicos en las prescripciones, de la ilicitud de usar medios peligrosos para la madre y el feto en los partos sin dolor o en las exploraciones diagnósticas. Hicieron uso de la palabra para ampliar conceptos sobre los temas expuestos por el conferenciante, los doctores Azpeitia, Horno (don Mariano), Cámara, Civeira y Alvira, contestando el doctor Baselga, y resumiendo el doctor Azúa. Cerró el acto el señor consiliario, quien hizo las consideraciones morales derivadas de los puntos tratados.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA (SECCIÓN DEL EBRO)

Esta Sociedad Ginecológica celebró su sesión mensual el día 24, en el salón del Colegio Oficial de Médicos, bajo la presidencia del doctor Ricardo Horno Liria.

Presentó una comunicación el doctor Manuel Torrejón Ojeda, sobre «Consideraciones a un caso de presentación transversal con rotura uterina». Expone el caso de una presentación transversal abandonado por negligencia de la parturienta, que conduce a una rotura de útero y extenso desgarro de los tejidos blandos adyacentes.

Describe la técnica quirúrgica seguida y el tratamiento de recuperación y postoperatorio que consigue salvar la vida de la enferma, considerando las causas etiopatogénicas que pueden haber actuado como causantes de las lesiones producidas, haciendo unas consideraciones finales sobre la vigilancia a que han de estar sometidas estas embarazadas y la conveniencia de ser asistidas siempre en medio quirúrgico.

Intervinieron en la sesión los doctores A. Ramón Vinós, Teixeira, Roncalés, M. Bazán y Horno, siendo al final el conferenciante muy aplaudido por su intervención.

SEMINARIO MÉDICO MILITAR

En el Hospital Militar, y presididas por el inspector médico jefe de Sanidad, doctor Salarrullana, se han venido celebrando unas interesantes sesiones, en las que se ha puesto estudio detallado y completo al empleo de las

sustancias esteroides empleadas en terapéutica, interviniendo el doctor Faro Moreno para tratar de sus aplicaciones en Cirugía; los doctores Terroba y Blanco García para describir sus aplicaciones en Anestesia y en Tocoginecología; y los doctores Samitier, Mozota Sagardía y Martínez Berganza, que se ocuparon de su acción en afecciones cardiopulmonares, urológicas y otorrinolaringológicas, respectivamente.

El general Salarrullana felicitó a los participantes por sus completos estudios y por sus interesantes y bien documentadas conferencias.

HA FALLECIDO EL DR. LÓPEZ MONGUILÁN

El día 22 de febrero murió el Zaragoza el distinguido compañero don Patricio López Monguilán, médico titular, durante muchos años, de Uncastillo, y perteneciente, en tiempos, a la Junta de Gobierno de este Colegio de Médicos. Actualmente se hallaba jubilado por edad, siendo su muerte muy sentida, pues gozaba de grandes simpatías.

SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

Con su actividad acostumbrada, esta entidad ha celebrado sus sesiones, interviniendo el doctor Ignacio Paricio, el día 16 de febrero, con una interesantísima y emotiva conferencia sobre el tema «Interpretaciones médicas de la muerte de Jesucristo». Y el día 1.° del actual, el doctor don Saturnino Mozota Sagardía, sobre el tema «Exploración radiográfica en Urología», tema que expuso con gran dominio y con aportación de numerosas pruebas radiográficas, siendo calurosamente aplaudido.

CURSILLO SOBRE SÍNDROMES CARDIOVASCULARES DE URGENCIA

Organizado por la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», se celebrará este cursillo, del 21 de marzo al 6 de mayo, con arreglo a un interesante programa.

Las lecciones se desarrollarán en el salón de Profesores del Hospital de Nuestra Señora de Gracia, a las ocho de la tarde, los días indicados.

Matrícula: en la secretaría de la Institución «Fernando el Católico», Palacio Provincial, planta baja, todos los días laborables, de diez a dos.

Los inscritos podrán solicitar un certificado de asistencia o diploma, previa presentación de una memoria-resumen de lo explicado en el cursillo.

FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor don **José Andrés Asensio**, director del Dispensario Antituberculoso de la Caja de Ahorros, bajo cuya dirección este importante centro social ha celebrado el XXV aniversario de su fundación.



El prestigioso otorrinolaringólogo doctor don **José María Bermejo**, que ha sido elegido académico numerario por la Real Academia de Medicina de Zaragoza.



El doctor don **Manuel Suárez**, ilustre y destacada figura de la Medicina de la infancia, que en virtud de reciente concurso-oposición ha sido designado para ocupar la cátedra de Pediatría de Sevilla.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LAS INVERSIONES INMOBILIARIAS DE RESERVAS

Una de las mayores dificultades que suelen presentarse al regir entidades de previsión, es la elección de inversiones para sus reservas. La dificultad aumenta cuando aquéllas son crecidas y prosiguen en el crecimiento. Las disposiciones estatales marcan ciertas orientaciones a los montepíos y mutualidades de previsión social; mas dichas orientaciones son sólo generales y amplias. En el decurso de la vida social, pueden cambiar mucho y alterarse las condiciones ambientales, obligando a modificar el criterio en las inversiones que se efectúen. Entre las orientaciones estatales figura la autorización para efectuar adquisiciones de inmuebles, con el límite de 30 por ciento del total de reservas, siempre que produzcan rentabilidad igual a la de los valores autorizados. Esta orientación la recogió la mutualidad sanitaria como muy conveniente para sus intereses, por tratarse de bienes reales, paralelos en el desenvolvimiento de su economía a la del coste general de vida.

Con finalidades exclusivas de inversión para obtener rentabilidad, se adquirieron seis inmuebles, que produjeron en 1957, 914.000 pesetas de ingresos líquidos, y 973.000 pesetas, en 1958. Dichas cantidades representan el 6'00 por ciento, en el primer año citado, y el 6'47, en el otro, del valor en balance de dichos inmuebles; cifras superiores a las que produce la masa general de valores. Se destinaron a los fondos de reserva de la institución 661.000 pesetas en 1957, y 673.000 pesetas en 1958, equivalentes al 4'50 por ciento del valor de los inmuebles; y 252.000 pesetas en 1957 y 300.000 pesetas en 1958, más 1.400 pesetas en 1957 y 1.800 pesetas en 1958, 0'40 por ciento de las inversiones inmobiliarias realizadas por la institución que tienen carácter social, para amortización de los inmuebles, repartidas según necesidades y conveniencias de las fincas.

En el ejercicio de 1958 se vendió la finca de Ferraz, 92, en Madrid, por el precio de 2.550.000 pesetas. Se trataba de una casa reconstruída, que originaba muchos gastos de sostenimiento. Costó 1.700.000 pesetas, más 35.000 pesetas de obras, con un total de 1.735.000 pesetas. El beneficio obtenido, deducidas 51.000 pesetas por la comisión de la venta, fue de 764.000 pesetas. Valorada en el ejercicio de 1957 en 1.480.000 pesetas, más las 35.000 pesetas de obras realizadas en 1958, el beneficio rentable que resulta es de 987.640 pesetas, que se ha destinado a la amortización de otros inmuebles.

El valor de las inversiones inmobiliarias de esta naturaleza, contabilizado en 1958, es de 20.853.000 pesetas.

Como las hipotecas que gravaban las fincas a su adquisición eran a interés reducido, se estimó conveniente su continuación, ya que de tal modo se lograba mayor rentabilidad al dinero invertido. En los finales de 1958, el valor de aquéllas sobre los cinco inmuebles que restan era de 8.400.000 pesetas.

Los anteriores datos, extractados al máximo para deducir en todo lo posible la pesada aridez de las cifras, permitirán a los mutualistas formarse clara idea de lo acertado de esta forma de inversión de sus reservas, correspondiendo a la confianza que aquéllos tienen depositada en el consejo de administración.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa

«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 primavera de 1960, en el salón de actos del Instituto Nacional de Previsión de Barcelona (avenida José Antonio, 587), el día 2 de abril de 1960, a las doce horas de la mañana

Se desarrollará el tema «Enfermedades profesionales del pulmón», bajo la presidencia del doctor García Tornel, y actuando de moderador el doctor M. González Ribas.

Ponentes: Doctor F. Manchón (Barcelona): «Radiología de las neumoniosis». Doctor F. Tello Valdivieso (Zaragoza): «Pruebas funcionales de las neumoconiosis». Doctor S. Estadella (Barcelona): «Frecuencia y aspecto médico social de las neumoconiosis».

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 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 los «Fellows» del «American College»

LA GRIPE EN U.S.A.

La epidemia gripal de tipo asiático que ha afectado este año a los Estados norteamericanos, ha causado numerosas víctimas, suponiendo un aumento de mortalidad de un 44 por ciento, con respecto al mismo período de observación del año 1958.

VIDA MEDICA NACIONAL

EL DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD, EN LAS JORNADAS MÉDICAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN

En el salón de actos del Instituto Nacional de Previsión tuvo lugar la inauguración de las Jornadas sobre la Alimentación, organizadas por la Comisaría General de Abastecimientos y Transportes.

Intervino el director general de Sanidad, doctor García Orcoyen, quien desarrolló el tema «Concepto sanitario de la tipificación de los alimentos», que fue muy aplaudido. Este acto fue presidido por el Ministro de la Gobernación, don Camilo Alonso Vega.

El doctor García Orcoyen expuso los fundamentos de un Código Bromatológico, y manifestó que urge conocer con más precisión el estado de alimentación y nutrición del país, mediante la realización de encuestas dietéticas.

NUEVOS ACADÉMICOS ELECTOS DE LA NACIONAL DE MEDICINA

Ha sido elegido académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina, el profesor don Manuel Gómez Durán, cirujano consultor del Ejército, director técnico del Hospital General de San Pedro, profesor de Cirugía de la Academia Militar, etc. Es autor de numerosas publicaciones, entre las que destacan «Heridas penetrantes en el cráneo», «Cirugía de guerra», etc.

También la Real Academia de Medicina ha acordado nombrar miembro de número de la Corporación al catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid y director del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, profesor don Alfonso de la Fuente Chaos, destacada figura de la Cirugía española.

TRÁGICO BALANCE DE ACCIDENTES DE CARRETERA

El número total de accidentes de carretera habidos en el mes de enero último asciende a 1.031, y el de víctimas ocasionadas, a 698.

Los accidentes mortales fueron 99; con heridos, 599; y sin víctimas, 333. Las víctimas ocasionadas fueron: muertos, 105; heridos, 1.162.

MERECIDO HOMENAJE

El doctor Alvarez Sierra, decano de los médicos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y del Patronato Antituberculoso, ha sido objeto de un homenaje en la Asociación de Escritores Médicos, en donde le fue impuesta la Medalla de Oro de la Asociación.

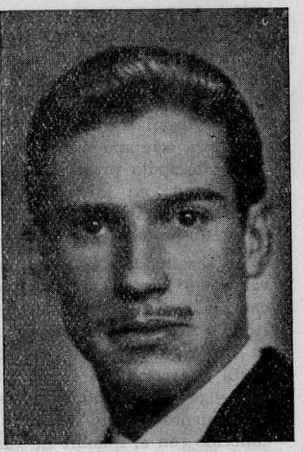
FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor **Eusebio Oliver Pascual**, a quien la Universidad de Burdeos ha nombrado «Doctor Honoris Causa», en reconocimiento a sus estudios y valía en el campo de la Patología médica.



El doctor **Alfonso de la Fuente Chaos**, profesor de Clínica Quirúrgica y director del Instituto Nacional de Medina del Trabajo, que ha sido elegido académico de la Nacional de Medicina.



El doctor **Víctor Cónill Serra**, que en brillantes oposiciones ha ganado la cátedra de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, continuando así una tradición espléndida en la enseñanza ginecológica.

EL DR. PUIGVERT, EXALTA LA FIGURA DE ALBARRÁN

En el Instituto Francés de Barcelona, el ilustre urólogo catalán doctor don Antonio Puigvert, se ocupó de una gran figura hispanocubana en la Sorbonne: el doctor Albarrán.

Al comenzar, agradece el conferenciante la cordial cortesía del Instituto Francés al brindarle su tribuna para conmemorar el centenario del nacimiento de un cubano ilustre, el doctor Joaquín Albarrán, hijo de padres españoles, nacido en Cuba y que cursó sus estudios de Medicina en Barcelona, precisamente en el Hospital de la Santa Cruz, pasando después a París, atraído por el justo renombre de la Escuela Médica Francesa, y tras algunos meses de vida bohemia en aquella ciudad, prevaleció en él la sed de conocimientos científicos, empezando su trabajo con estudios de Histopatología con el doctor Latteux y con el doctor Ranvier. A continuación, repite en París los cursos de Medicina, al igual que los había aprobado en la Universidad de Barcelona, alcanzando también el grado de doctor; simultanea estos estudios con los de la lengua inglesa, que llega a dominar perfectamente.

A los veintitrés años, en posesión del diploma de la Facultad de París, decide volver a Cuba, pero su primer maestro, Ranvier, le convence para que no abandone París, y sigue una trayectoria médica brillante, para finalmente entrar en la clínica de Guyón, fundador de la Urología como especialidad en el mundo, en el Hospital Nécker.

Trabajando incansablemente, a los treinta y cuatro años de edad había alcanzado todos los títulos académicos, tenía la Medalla de Oro de los Hospitales, era jefe de clínica, profesor agregado, cirujano de los hospitales, etc., siendo el discípulo predilecto del maestro Guyón, e iniciando en la recién creada cátedra de las Vías Urinarias de la Universidad de París, en el Hospital Nécker, su labor urológica.

Su sensibilidad padecía, llena de dolor, al ver cómo morían los enfermos por insuficiencia renal después de intervenciones sobre un riñón con escasos o nulos conocimientos acerca del riñón opuesto; su inquietud no cesó hasta que consiguió cateterizar el riñón desde la vejiga para conocer su estado, creando el instrumento —para nosotros tan familiar—, conocido con el nombre de «uña de Albarrán»; esta genialidad de Albarrán no solamente ha sido provechosa para los urólogos, sino que constituye un elemento fundamental en todos los instrumentos para la exploración y tratamientos endoscópicos.

En 1905, Albarrán publicó el libro «Exploraciones de las funciones renales», estableciendo las leyes de la función renal, separadamente de cada riñón, con las cuales el cirujano puede decidir la extirpación de un riñón con la garantía del riñón opuesto.

Resultado de toda esta ingente labor fue que a la jubilación de su maestro, Guyón, vacante el sillón de la Cátedra de las Vías Urinarias de la Facultad de Medicina de París, fuera elegido sucesor, enriqueciéndose así «La Sorbonne» con otro hombre ilustre de raza hispánica.

A los tres años de dirigir la Escuela de Nécker, durante los cuales produjo una magna obra, no superada, el «Tratado de la Medicina de las Vías Urinarias», la tuberculosis y la diabetes hacían presa en él fuertemente, y después de un viaje por España en espera de encontrar su curación, agotado y rendido, regresó a Francia, muriendo en Arcachón.

Guyón, su maestro, que tuvo que soportar tan duro golpe, con profundo dolor, le definió con esta frase: «Vous êtes de ceux qui sont destinés à vivre après de leur mort», y verdaderamente este hombre, del cual hoy festejamos el Centenario de su nacimiento, su obra viviente y útil justifica se le recuerde y se le imite.

NUEVA JUNTA GINECOLÓGICA

La Junta Directiva de la Asociación de Obstetricia y Ginecología de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, ha quedado constituída como sigue: Presidente, doctor Vanrell; vicepresidente, doctor Carceller; secretario, doctor Matéu; tesorero, doctor Jiménez de Anta; vocales, doctores Cusi, Muñoz Arbat y Ripoll.

INGRESA EL DR. MARTÍ ÁLVAREZ-OSSORIO EN LA REAL ACADEMIA DE VALENCIA

Recientemente, el distinguido tocoginecólogo doctor Ignacio Martí ingresó en la Real Academia de Medicina de Valenca, ocupando la vacante de su padre, el doctor don Miguel Martí Pastor. Su discurso versó sobre el tema «Realidad y significación del dolor de parto», contestándole en nombre de la Corporación el doctor don José Martí Mateu, que glosó los méritos y discurso del recipiendario.

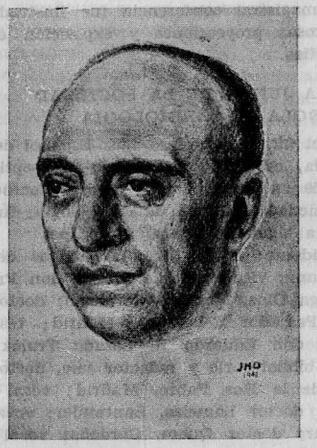
CONFERENCIAS DEL P. LABURU

En Bilbao, con un gran éxito de asistencia, se ha celebrado en el Seminario de San Isidoro, un ciclo de conferencias sobre problemas psicológicos, desarrollado con gran competencia y amenidad por el R. P. José Antonio de Laburu, tratando de los problemas del inconsciente, de la memoria, del influjo de la afectividad, y del valor y crítica del testimonio.

NECROLOGÍA

EL DR. D. ANTONIO VALLEJO NÁJERA

El acontecimiento más destacado desde el pasado mes ha sido el fallecimiento en Madrid del conocido y destacado psiquiatra doctor Vallejo Nájera. Noticia que ha causado dolorosa impresión en los círculos médicos e intelectuales de Madrid, donde era muy apreciado.



Don Antonio Vallejo Nájera nació en Paredes de Nava (Palencia), en 1899, y cursó sus estudios en Valladolid, donde obtuvo en casi todas las asignaturas y grados, sobresalientes y matrículas. En 1911 le fue concedida la Medalla de Oro de la Cruz Roja, por su heroico comportamiento en Gijón durante una epidemia de fiebre tifoidea.

En 1917 fue nombrado agregado a la comisión militar de la embajada de España en Berlín, y visitó los establecimientos psiquiátricos alemanes, trabando relación con muchos médicos germanos de su especialidad.

En 1929 se le nombró médico consultor y jefe de sección del Sanatorio Psiquiátrico de San José, de Ciempozuelos. En la actualidad era coronel de Sanidad Militar, consejero de Sanidad Nacional, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Madrid y académico de la Real de Medicina. Ha dejado escritos numerosos trabajos y libros sobre la psicología de la neurosis y de la simulación, así como otros relativos a la terapéutica activa de las enfermedades mentales y a problemas sociales.

Fue vicesecretario de la Liga Española de Higiene Mental, y poseía numerosas distinciones españolas y extranjeras.

Había visitado en muchas ocasiones nuestra ciudad, con motivo de conferencias y congresos, y fue durante muchos años un activo colaborador de estas páginas. Contribuyó al fomento y difusión de las Hermandades de San Cosme y San Damián, siendo en todo momento un gran defensor de los principios morales, habiendo presidido también la Academia Deontológica matritense. De él guardaremos siempre un inolvidable recuerdo.

R. H. L.

EL DR. PEDRO OLIVARES ARIZA

En plena juventud, víctima de un proceso neoplásico con metástasis de evolución larga y muy dolorosa, falleció en Madrid el doctor **Pedro Olivares Ariza**, hijo mayor del que fue tan ilustre maestro como querido de todos sus discípulos, doctor Laureano Olivares Sexmilo, catedrático de Cirugía de la Facultad de Medicina de Madrid.

Don Laureano falleció en 1944, cuando su hijo Pedro acababa la licenciatura; poco tiempo después, Pedrito —que así le llamaba su padre y cuantos le tratábamos— empezó con molestias dolorosas de espalda que le impidieron estar erguido largo tiempo y por ello hubo de renunciar a la Cirugía, en la que hubiera llegado a ser una gran figura, teniendo que cambiar de orientación y elegir otra más sedentaria, como es la del laboratorio.

Enterrado está, junto a su ejemplarísimo padre, y con él gozará de la paz eterna, que mereció, como buen hijo, entusiasta médico y excelente persona.

C. de I.

CONFERENCIA DEL DR. HERNANDO

En la Academia de Deontología Médica de Madrid, pronunció recientemente una conferencia sobre «Enfermedades yatrógenas», el profesor don Teófilo Hernando, en la que hizo gala de su ciencia, del arte y gracejo de su decir y de su insuperable maestría en dictar normas deontológicas para el ejercicio de los médicos.

El acto fue presidido por el doctor Marañón, acompañado del doctor Grinda, presidente de la entidad.

SE PROYECTA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA NUEVA RESIDENCIA DEL S.O.E., EN CUENCA

Una Residencia Sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad, que llevará anejos ambulatorios de Medicina general y otras especialidades, va a ser construída en Cuenca.

La nueva Residencia Sanitaria, suficiente para doscientas camas, será construída bajo un presupuesto de ochenta millones de pesetas. Estará dotada de los elementos más modernos, y recogerá las experiencias de construcciones anteriores.

DISTINCIÓN AL DR. BARRAQUER BORDAS

El prestigioso neurólogo barcelonés doctor Luis Barraquer Bordas, ha sido nombrado



miembro de honor de la «Societé Française de Neurologie», en reconocimiento a los méritos y labor desarrollada en esta especialidad.

CONFERENCIA DEL DOCTOR FERNÁNDEZ-RUIZ EN EL COLEGIO DE MÉDICOS DE LOGROÑO

El día 20 de febrero pronunció una interesante conferencia, invitado por el Colegio Oficial de Médicos de Logroño, el doctor César Fernández-Ruiz, ex profesor de Ginecología de Valladolid, académico, y director de la Maternidad Provincial de Palencia.

El acto se celebró en el salón de la Residencia sanitaria, con numerosa asistencia de médicos, entre ellos el jefe de Sanidad, el director de la Residencia y el Presidente del Colegio, doctor Pons.

Hizo la presentación en tono de sincera admiracióón y cariño, el doctor Adán Ligorit, destacando la brillante labor científica, docente, social y de publicista del conferenciante.

El doctor Fernández-Ruiz dio una brillante lección sobre «Algunos problemas que plantea la tuberculosis genital femenina», basado en su casuística personal de 412 casos, de ellos 101 operados, llamando la atención sobre diversas cuestiones que interesan al médico general, al cirujano y al pediatra, exponiendo varios aspectos atípicos de la enfermedad en su fase silenciosa; la importancia de valorar cuidadosamente la historia clínica juvenil; los modernos métodos de diagnóstico, como cultivos, radiografía, histología endometrial, culdoscopia, etc.

Hizo el conferenciante un resumen de la orientación terapéutica para demostrar que los antibióticos y quimioterápicos tienen un límite de acción, y que la cirugía sigue y seguirá ocupando un lugar muy importante en la curación de la tuberculosis genital de la mujer, resistente al tratamiento médico bien llevado, y en las lesiones residuales.

Por fin, estudió los aspectos actuales de la esterilidad, y expuso una recopilación de casos de embarazo en estas enfermas, destacando el gran número de ectópicos y abortos que originan.

Su magistral conferencia fue ilustrada por numerosas proyecciones y exposición de radiografías.

NUEVA JUNTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA

En el último Congreso Luso-Español de Cardiología, celebrado en el mes de septiembre de 1959 en Santander, y en la Reunión de la Sociedad Española de Cardiología, fue elegida la siguiente Junta Directiva:

Presidente: doctor don Luis Trías de Bes, Barcelona; vicepresidente: doctor don Francisco Vega Díaz, Madrid; secretario: doctor don Luis Pescador del Hoyo, Madrid; tesorero: doctor don Eduardo R. Losada Trulok, Madrid; bibliotecario y redactor jefe, doctor don José de la Hoz Fabra, Madrid; vocal Zona Norte: doctor Lamelas, Santander; vocal Zona Sur: doctor Quero, Córdoba; vocal delegado: doctor Torner Soler, Barcelona.

El domicilio de la Sociedad Española de Cardiología, Biblioteca y Redacción de la Revista de Cardiología, está sito en la calle de Villanueva, 11. Madrid.

CONCURSO DE PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE VALLADOLID

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid abre un concurso público entre todos los médicos de España, sobre el tema «Circulación extracorpórea y Cirugía cardíaca».

Los premios consistirán: el primero en 2.000 pesetas en metálico y el título de cadémico corresponsal de esta Academia, y el segundo en el título de académico corresponsal.

A este concurso podrán concurrir los académicos corresponsales; pero no podrán aspirar los que hayan obtenido algún otro premio en esta Real Academia, así como tampoco los numerarios de alguna de las Reales Academias de España.

Las memorias se presentarán en la secretaría de esta Academia (López Gómez, 13, 2.°) antes del día 30 de noviembre del corriente año, en sobre cerrado y lacrado, sin firma ni rúbrica, pero con un lema.

Los lemas premiados se harán público en la Prensa local y profesional de diciembre del año actual, y los nombres de los autores serán conocidos en la sesión inaugural.

LA SOCIEDAD CATALANA DE PEDIATRÍA, EN VALENCIA

El sábado 27 de febrero tuvo lugar en la Sociedad Valenciana de Pediatría una sesión científica extraordinaria, a cargo de la brillante representación enviada por la Sociedad Catalana de Pediatría.

Fue un simpático y provechoso intercambio de afectos e ideas, presidido por el doctor Bosch Marín, jefe nacional de Puericultura y Maternología y presidente de todos los pediatras españoles, y con asistencia de gran número de pediatras valencianos, que llenaban por completo el salón de actos, con brillante representación de autoridades valencianas, catedráticos y médicos de la Sanidad Nacional.

Se inició la sesión con unas palabras de bienvenida pronunciadas por el presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría, doctor José Selfa, el cual agradeció la presencia del doctor Bosch, presentando a todos y cada uno de los compañeros catalanes que habían de tomar parte en la sesión. Finalmente, dio a conocer el acuerdo por el que se concede el título de socio corresponsal al presidente de la Sociedad Catalana, doctor Calafell, el cual recibió el correspondiente título de manos del doctor Bosch Marín.

El presidente del Colegio de Médicos de Valencia agradeció la presencia de la representación catalana en nombre de los médicos valencianos, destacando la gran labor desarrollada por la Sociedad Valenciana de Pediatría.

Por su parte, el doctor Pedro Calafell, presidente de la Sociedad Catalana de Pediatría, puso de manifiesto la provechosa actividad desarrollada por los pediatras a través de sus respectivas sociedades, dedicando después un emocionado homenaje a la figura señera de dos grandes valencianos: Arnau de Vilanova, ilustre médico y pensador, y Ausías March, poeta cumbre, cuyo centenario se conmemoró recientemente.

Seguidamente, se desarrolló el programa científico de la sesión, con los siguientes oradores y temas:

Doctores I. Claret y J. Picañol: «Atresias de esófago.»

Doctor F. Corominas Beret: «Formas supraespinales de la poliomielitas.

Doctor A. Pérez Soler: «A propósito de la enfermedad cistínica.»

Profesor L. Torres Marty, doctor J. Prats y doctor J. Plaza: «Enfermedad de Pfaundler-Hurler».

Cada comunicación dio lugar a brillantes discusiones, cerrando la memorable sesión el doctor Bosch Marín, quien con su gran autoridad hizo la afirmación de que todas las conquistas obtenidas por los médicos y por los pediatras en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, serían mantenidas en el futuro, con lo cual esperaba calmar todas las inquietudes y temores.

Fue, en total, una gran sesión científica, que tuvo su epílogo en los actos de carácter social celebrados el sábado por la noche y domingo al mediodía, siendo aprovechada la presencia del doctor Bosch y del doctor Blanc, de Alicante, para concretar importantes puntos en relación con el próximo congreso de la Reunión Pediátrica de la Unión Médica Mediterránea, que ha de tener lugar, a finales de junio de 1961, en Alicante.

INSTALACIÓN DE PILAS BAUTISMALES EN CLÍNICAS DE MATERNIDAD

La Congregación Vaticana de Sacramentos ha autorizado, por deseo de varios obispos, la instalación de pilas bautismales en las clínicas de maternidad.

Con esta medida se tiene en cuenta el que la mayoría de los niños nacen hoy en clínicas de maternidad. Sobre todo en caso de bautismo de urgencia, las pilas bautismales de los hospitales facilitarán la administración del sacramento.

CONGRESOS

REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE UROLOGÍA DEL MEDITERRÁNEO LATINO

Durante los días 1 al 4 de junio próximo se celebrará en Madrid el X Congreso de la Sociedad de Urología del Mediterráneo Latino. Para detalles sobre este importante certamen pueden dirigirse al secretario, doctor Serrallach, Balmes, 248, Barcelona (6). Presidirá el Congreso el ilustre urólogo don Alfonso de la Peña.

II JORNADAS MÉDICO QUIRÚRGICAS DE PODOLOGÍA

Del 19 al 21 de abril próximo se celebrarán en Barcelona las II Jornadas Médico Quirúrgicas de Podología del «Collège International de Podologie».

Para informes e inscripciones dirigirse al secretario, doctor Viladot, Avenida Generalísimo Franco, 467. Barcelona.

VI CONGRESO NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRÍA

Del 28 de abril al 1.° de mayo próximo, se celebrará en Barcelona el VI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, bajo el tema central: «Afectividad y sus trastornos», distribuído en las siguientes ponencias:

«Bases neurofisiológicas de la afectividad», doctor Rodríguez Delgado.

«Neuropatología y endocrinología de la afectividad», doctores Rof Carballo y Ledesma.

«Psicopatología de la afectividad», doctores Poveda, Lerma y Vera.

«El punto de vista de la psicología animal, en el estudio de la afectividad humana», doctor Sarró-Martín.

«Concepción psicoanalítica de la afectividad», doctor Rallo.

«Evolución de la afectividad en la infancia», doctores Gutiérrez, Gómez y Morales.

«Clínica y tratamento de los trastornos de la afectividad», doctores Parellada y Caballeiro.

«Neurocirugía de la afectividad», doctor Albert.

«Problemas médico-legales de la afectividad patológica», doctores Granados López y Urdiales Lázaro.

Para información, dirigirse a la secretaría del comité organizador, en Barcelona, Facultad de Medicina. Cátedra de Psiquiatría. Casanova, 143.

EL III CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN

La Sociedad Española de Rehabilitación acordó celebrar en el año 1960 su III Congreso Nacional, señalando que el mismo tendría lugar en Asturias, región que por su importancia minero-metalúrgica reunía especiales circunstancias, propicias al mayor interés del Congreso.

Para preparar este Congreso se ha constituído un comité ejecutivo, aprobado por la Sociedad Española de Rehabilitación, y que viene realizando su misión desde el mes de septiembre de 1959; está presidido por el doctor Francisco García Díaz, presidente de la Sociedad; vicepresidente, doctor José María Sánchez Bordona; secretario general, doctor Eloy R. Valdés Santurio; y otros vocales.

Comisión en Madrid: Doctores J. M. Sánchez Bordona, F. Vaquero González y H. Ruiz García.

Comisión en Barcelona: Doctores L. García Tornel, J. M. Poal y F. Barnosell.

En los días que se celebrará el Congreso —fueron señalados el 7, 8, 9 y 10 de julio— se estudiarán las ponencias siguientes:

«Medicina física y rehabilitación en las neuropatías periféricas.» Ponente: Doctor don Basilio López Fernández, actualmente becario en los Estados Unidos de América.

«Rehabilitación de la marcha en los hemipléjicos.» Ponente: Doctor don Juan Plaja Masip, de Barcelona.

«Fisiopatología clínica de las alteraciones osteotróficas poliomielíticas.» Ponente: Doctor don José María Rafols Jorge, de Barcelona.

Serán moderadores de estas ponencias los doctores don Francisco Barnosell Nicolau, de Barcelona; don Manuel Blanco Argüelles, de la Clínica Nacional de Trabajo, de Madrid; el catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, don Francisco Martín Lagos; y don Rafael González Más.

Por otra parte, han sido solicitadas y aceptadas diversas conferencias y comunicaciones.

También la concurrencia de médicos extranjeros será numerosa, confirmándose que asistirá el doctor E. A. Nicoll, de Inglaterra; profesor doctor G. Chapchal, de Holanda; doctor Arturo de Acevedo Rúa, doctor Almeida e Sá, y otros muchos, de Portugal; esperándose asistan también colegas de Francia, Italia y de las Repúblicas hispanoamericanas.

Por parte de las Corporaciones oficiales y de las empresas industriales de la provincia existe el mayor interés hacia este Congreso. El programa de actos sociales que se prepara en obsequio de los congresistas les permitirá conocer los encantos turísticos de Asturias y recordar con el mayor agrado la hospitalidad de sus gentes.

La Excelentísima Diputación Provincial de Oviedo, corporación que en todo momento apoya las iniciativas que redundan en beneficio de los intereses provinciales, ha concedido al comité organizador que la secretaría general del Congreso se instale en su palacio, en donde viene funcionando desde el mes de marzo de 1959. Próximamente serán enviados a los médicos españoles de la especialidad el primer avance de programa, junto con las tarjetas de adhesión provisional, así como cuantos detalles puedan permitir al posible congresista preparar, dentro de su particular programa de vacaciones, la asistencia al Congreso.

Quienes deseen noticias más concretas sobre estas reuniones pueden dirigire al doctor don Eloy R. Valdés Santurio, secretario general del Congreso.

CURSOS

II CURSO MONOGRÁFICO DE GINECOLOGÍA PARA POSTGRADUADOS

Tendrá lugar en la I Cátedra de Obstetricia y Ginecología del profesor doctor E. Gil Vernet (Facultad de Medicina de Barcelona), del 15 al 21 de mayo de 1960, y versará sobre «Metrorragias».

Además de las lecciones que figuran en el programa, tendrán lugar conferencias magistrales, a cargo del profesor doctor Máximo Soriano; profesor doctor M. Usandizaga Soraluce; y profesor doctor A. Pontonnier, de la Facultad de Medicina de Toulouse.

Las lecciones teóricas serán de una duración máxima de veinte minutos, orientándose este curso para que todos los alumnos puedan asistir a la consulta y sesiones operatorias, en las que tomarán parte activa.

Podrán asistir también al laboratorio, y en especial a las secciones de colpocitología y biopsias, efectuadas durante el curso monográfico.

Información y correspondencia: a los doctores Luis Alvarez Zamora y Ricardo Ibáñez Soriano, en la I Cátedra de Obstetricia y Ginecología del profesor doctor don Emilio Gil Vernet, de la Facultad de Medicina de Barcelona (Casanova, 143).

Derechos de inscripción: 1.500 pesetas.

VII CURSILLO DE GINECOLOGÍA Y II CURSO DE TOCOLOGÍA

Se celebrarán estos cursos en el Servicio de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, bajo la dirección del profesor A. Ponjoan.

Para informes e inscripción, dirigirse a la secretaría del Servicio, o a los secretarios de los cursos: de Ginecología, doctor J. Grau Colomé (Balmes, 26, pral.); y de Tocología, doctor A. de Lara (Avenida Generalísimo, 358). Barcelona.

CURSO SOBRE FRACTURAS

Del 2 al 21 del próximo mayo se dictará este curso, en el Servicio de Traumatología, Huesos y Articulaciones del Hospital Provincial de Madrid, dirigido por el profesor Sanchís-Olmos, Jefe del Servicio.

Para las inscripciones y adquisición de programas, dirigirse a la señorita María Luisa Varela, Sala 4 de dicho Hospital.

VI CURSO DE UROLOGÍA PRÁCTICA

Se celebrará durante los meses de mayo y junio de 1960, en el Servicio de Urología del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, de Barcelona, dirigido por el doctor J. Batalla Sabaté, Jefe del Servicio, dictándose lecciones clínico-terapéuticas adaptadas a la práctica del médico general.

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. Admisión limitada. Se entregarán diploma y copia mecanográfica de los temas. La inscripción y otras informaciones deberán solicitarse a la señorita María Teresa Lucas, Servicio de Urología. Calle Borrell, 303. Barcelona.

XXII CURSO DE UROLOGÍA PARA POSTGRADUADOS

El presente curso tendrá lugar durante los días 25 al 30 de abril de 1960, en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo; estará dirigido por el doctor A. Puigvert, y se dedicará a «Novedades en Urología».

Finalizando el curso, los inscritos podrán seguir un período de prácticas en los distintos departamentos del Instituto.

Para informes, en la secretaría del Instituto de Urología. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona (13), España.

CURSO SOBRE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Durante el mes de mayo próximo tendrá lugar el segundo 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.

El número de plazas queda limitado a veinte. La inscripción es absolutamente gratuita, debiendo ser hecha personalmente o por carta, antes del día 10 de abril, en la secretaría del curso, desempeñada por la señorita María Paz Casanueva, en el Ambulatorio «Hermanos Aznar», calle de Modesto Lafuente, 23, Madrid (3), en horas de nueve a una. Los interesados deben hacer constar su edad y condiciones profesionales y formativas. La cuarta parte de las plazas queda reservada para médicos hispanoamericanos.

Los cursillistas recibirán al final un certificado de asistencia.

CURSOS DEL INSTITUTO NEUROLÓGICO MUNICIPAL DE BARCELONA

Del 1 al 12 de abril, organizado y dirigido por el Dr. Antonio Rodríguez Arias, becario de Cirugía vascular, de las Instituciones Nosocomiales Municipales, se celebrará un «Curso de Cirugía arterial, neurovascular y neuroendocrina», simultáneamente a un «Ciclo de conferencias extraordinarias y coloquios sobre temas angiológicos», bajo el patrocinio del Excelentísimo Ayuntamiento de Barcelona y con la colaboración de la Escuela de Cardioangiología de la Universidad de Barcelona, en los que participarán destacadas personalidades en representación de organismos oficiales, Universidades y sociedades médicas, nacionales y extranjeras.

Para información e inscripción, dirigirse al secretario del curso, doctor J. M. Capdevila Mirabet. Instituto Neurológico Municipal. Calle Llull, 8. Barcelona.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

SOCIEDAD FRANCESA
DE GINECOLOGÍA

Después de un año de labor científica muy fructífera, bajo la dirección del profesor Bedrine, ha sido designado para la presidencia el doctor Claude Beclére, cuyo nombre y prestigio internacional hacen esperar una nueva brillante etapa.

NECROLOGÍA

EL DR. MAX THORECK

Ha fallecido repentinamente en Chicago, el doctor **Max Thoreck**, fundador y secretario general del Colegio Internacional de Cirujanos, agrupación espiritual que reúne a los cirujanos del mundo, por encima de fronteras y pasiones políticas. Autor de un interesante «Tratado de Cirugía» y creador de numerosas técnicas.

EL DR. MC INTIRE

Pocas semanas después, fallecía también el doctor **Ross Mc Intire**, director del Colegio Internacional de Cirujanos, personalidad entusiasta y valiosa, muy apreciada por todos cuantos le trataban.

EL DR. SAYAGO

A los sesenta y seis años de edad, ha fallecido en la República Argentina, en su cátedra de Córdoba, el profesor **Gumersindo Sayago**, la figura sanitaria más destacada de Sudamérica en la lucha contra la tuberculosis. Fué uno de los primeros que abordaron y difundieron las técnicas de Cirugía en la tuberculosis pulmonar.

CONGRESOS

LAS XX JORNADAS FRANCESAS
DE GINECOLOGÍA

Esta vigésima reunión, organizada por la «Societé Française de Gynecologie», tendrá lugar en Limoges durante los días 5, 6, 7 y 8 de junio, bajo la presidencia de honor del profesor Goulard de Andrade, de Río de Janeiro, y la local del profesor Faure. El tema puesto a discusión será: «Los trastornos ureterovesicales en Ginecología», estando encargado, como ponente, el doctor Raoul Palmer, de París.

Información, en la secretaría general: Doctor R. Sénéchal, 31, rue Raynouard, París 16.

CONGRESO DE LA SOCIEDAD
FRANCESA DE FLEBOLOGÍA

Durante los días 6, 7 y 8 de mayo, tendrá lugar en Chambery esta reunión, en la que se tratarán los temas: «Fisiopatología de la estasis venosa», «El dolor en los enfermos venosos» y «Las aplicaciones extravasculares del método eclerosante».

Para información, programa e inscripciones: Doctora Suzanne Bourgeois. 8, Boulevard du Théâtre. Chambery (Savoie).

PRIMER SYMPOSIUM INTERNACIONAL
DE MEDICINA CIBERNETICA

Se celebrará en Nápoles, durante los días 2, 3 y 4 de octubre, bajo la presidencia del profesor Aldo Masturzo, de la Universidad de Nápoles. El tema general será: «Introducción de los métodos cibernéticos en la Medicina moderna». Inscripciones y comunicaciones, antes del 30 de junio, al profesor Renato Vinciguerra. Vía Roma, 348. Napoli (Italia).

VI CONGRESO INTERNACIONAL
DE MEDICINA INTERNA

Organizado por la Sociedad Internacional de Medicina Interna, se celebrará en Basilea en los días 24 al 27 de agosto, bajo la presidencia del profesor A. Gijon. Serán temas principales: «Patogenia y terapéutica de los edemas», «Regulaciones enzimáticas en Clínica», etc. Programas y formularios de inscripción, en la secretaría, Steinentorstrasse, 13. Bâle 10 (Suisse). Se ruega la inscripción antes del 30 de abril.

CONGRESOS DE PEDIATRÍA,
EN CARACAS

Del 7 al 13 de agosto se celebrarán en Caracas (Venezuela), los siguientes Congresos de Pediatría: El VI Panamericano, el VI Sudamericano y el I Congreso Nacional. Todos ellos se desarrollarán en la Ciudad Universitaria. Se ruega la solicitud de informes y formularios a: Secretaría general, Congresos de Pediatría 1960. Apartado postal 3122. Caracas (Venezuela).

I CONGRESO DE LA ACADEMIA
OFTALMOLÓGICA ASIA-PACÍFICO

Tendrá lugar en Manila (Islas Filipinas), del 9 al 13 de octubre, bajo el patronato de la Sociedad Filipina de Oftalmología. El tema general es: «Enfermedades con ceguera de las regiones del Asia y Pacífico». Asistirán numerosos participantes de U.S.A. y Europa, teniendo anunciadas comunicaciones los doctores Barraquer (España), Sugar (U.S.A.), Tulsides (India), Nakajima (Japón), Hamilton (Australia), Mc Laren (Africa), etc.

La fecha tope para inscripciones y presentación de trabajos es el 31 de mayo. Dirigirse al doctor Jesús V. Támesis. 42 Quezon Blod., Quezon City. Philippines.

ZARAGOZA, 15 ABRIL 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

NUEVO PRESIDENTE DE
LA CRUZ ROJA

Ha sido nombrado presidente de la Asamblea Provincial de la Cruz Roja, el excelentísimo señor don Juan Cremades Suñol.

Figura relevante de Zaragoza, con brillante hoja de servicios, retirado hace años del servicio castrense activo, cabe esperar una fecunda labor del nombramiento del general Cremades para regir la institución, de la que había sido hasta ahora vicepresidente.

SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS
ARAGONESES

En el salón de sesiones de la Excelentísima Diputación, tuvo lugar el día 15 de marzo una notable conferencia del doctor César Poumard, que desarrolló el tema «El problema de la insuficiencia mental infantil y sus aspectos social y terapéutico».

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

La última sesión celebrada por esta corporación estuvo dedicada a un concienzudo trabajo sobre el tratamiento de la poliomielitis.

Se dio lectura a una interesantísima comunicación presentada por el doctor don Francisco Oliver Rubio y sus colaboradores, doctores Audera y Calatayud.

En ella se dio cuenta de los doscientos cuarenta y seis casos de parálisis infantil asistidos por el servicio del Hospital Provincial, haciendo un estudio de las diversas formas clínicas que presentaba cada enfermito, y señalando errores de diagnóstico en cuarenta de los casos tratados.

El doctor Calatayud estudió la anatomía patológica de los casos estudiados, y los procedimientos empleados en el tratamiento, haciendo indicaciones precisas para el empleo del llamado «pulmón de acero».

Intervinieron con aportaciones personales los académicos correspondientes señores Noailles, Malumbres, Bermejo y Seral, el vicepresidente de la Academia, don Antero Noailles, y el jefe de Sanidad, don Federico Bravo.

El presidente, doctor Oliver, hizo el resumen del acto, siendo muy felicitados cuantos intervinieron en el mismo. A continuación se proyectó un film sobre preparación de una vacuna.

HERMANDAD DE SAN COSME
Y SAN DAMIÁN

El domingo 27 de marzo, y bajo la presidencia del doctor Azúa, el abogado don Luis de Diego pronunció una notable conferencia en la Academia Deontológica de San Cosme y San Damián, sobre el tema «Principios cristianos de la seguridad social aplicables a las relaciones médico y enfermo».

Intervinieron después de este discurso, que fue muy aplaudido, los doctores Rosel, Alvira, Vicente Carceller, Placer y Romero, para pedir aclaraciones, puntualizar conceptos y centrar, finalmente, el tema, solicitándose de la directiva de la Hermandad que, en estos momentos en que se debate la cuestión del S.O.E. entre la socialización y la mercantilización del mismo, se promueva un ciclo de sesiones conducente a traer y debatir ideas, sobre todo de índole moral, relacionadas con la asistencia social española, pudiéndose presentar al Estado las conclusiones con un espíritu de colaboración sincera, tendente a la solución más cristiana de este problema, que hoy se está revisando.

El presidente recogió las sugerencias presentadas, hizo el resumen del acto y felicitó al conferenciante.

SESIONES CLÍNICAS EN
LA FACULTAD DE MEDICINA

El día 18 del pasado se celebró la correspondiente sesión, interviniendo los doctores Ucar: «Epilepsias en relación con la evolución de la madurez cerebral»; y Escolar García: «La regeneración en las lesiones hipofisarias».

En la sesión del día 1 del corriente se proyectaron las siguientes películas: 1.°, «Prostatectomía según Millin»; 2.°, «Fundamento y técnica de la narcosis endotraqueal»; 3°, «El estado actual de la terapia de la diabetes»; 4.°, «Antibiosis».

EL DR. RAICHS, EN LA INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

El jefe del Servicio de Hematología de la Residencia «José Antonio», doctor Antonio Raichs, pronunció el día 5, en el salón de conferencias del Palacio Provincial, una notable lección sobre el tema «Síndromes hemolíticos», que desarrolló con gran competencia, siendo muy aplaudido por el numeroso público que asistió al acto, que fue presidido por el doctor Dolset, vicepresidente de la Institución.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA (SECCIÓN DEL EBRO)

El día 23 de marzo, se proyectaron las siguientes películas, facilitadas por la «Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique», de Ginebra:

«Técnica de la operación de Manchester-Fothergill y de la histerectomía vaginal por prolapso uterino.»

«Fisiología de la menstruación. Operación de fístula vésicovaginal»; y otras, que completaron el interesante programa.

El acto tuvo lugar en el salón de proyecciones de los Laboratorios «Casen», que obsequiaron en el intermedio a los asistentes con su proverbial amabilidad y cortesía.

CURSILLO DE PATOLOGÍA TORÁCICA

A partir del 26 de marzo ha comenzado un curso de Patología torácica, dirigido por el doctor don Francisco Tello, en la Sección de Estudios Médicos Aragoneses, con clases teóricas que se desarrollan a las ocho de la tarde en el Palacio Provincial, los martes y sábados de cada semana, viéndose muy concurridas.

JUNTA PROVINCIAL DEL CÁNCER

Han sido hechos los nombramientos del Comité técnico, con la siguiente designación:

Presidente: doctor don Ricardo Lozano Blesa, Cirugía; vicepresidente: doctor don Julio Ariño Cenzano, Otorrinolaringología; secretario. doctor don Luis Pérez Serrano, Traumatología. Vocales: doctor don José M.ª Andrés Asensio, Pulmón y corazón; doctor don Enrique de la Figuera de Benito, Medicina general; doctor don Ramón Martínez Pérez, Anatomía patológica; doctor don Alejandro Palomar, Oftalmología; doctor don Valentín Pérez Argilés, Psiquiatría y Neurología; doctor don Francisco Romero Aguirre, Vías urinarias; doctor don Luis Sangüesa, Ginecología; doctor don Fernando de Yarza, Electrorradiólogo.

CURSOS

CURSO SOBRE ACCIDENTES VASCULARES AGUDOS

Este curso monográfico, válido para doctorado, organizado por la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Sevilla y dirigido por el profesor S. García Díaz se desarrollará del 25 de abril al 16 de mayo de 1960, a las doce de la mañana, en el Hospital Central.

Para inscripciones, programa e informes, dirigirse al doctor Romero Lizarraga, secretario del curso, Hospital Central, Sevilla.

CURSO MÉDICO QUIRÚRGICO DE CARDIOLOGÍA

Organizado por el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, se celebrará en la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, de Madrid, un Curso Médico Quirúrgico de Cardiología, bajo la dirección del profesor C. Jiménez Díaz y de los doctores Varela de Seijas, Rábago González, Rábago Pardo y Losada, con la colaboración de los doctores Arias, Barreda, Esquivel, Galindo, Hernando, Herreros, Lahoz, Merchán, Medina, Rey-Baltar, Sánchez-Cascos, Sokolowski y Urquía.

Han sido invitados los conferenciantes doctores Calandre, García Ortiz, Pescador, Quero y Vega Díaz.

El curso durará del 18 de abril al 21 de mayo, dándose una conferencia diaria sobre los temas fundamentales de la Cirugía y Medicina Cardiológicas. Durante todos los días del curso se pasará visita en las salas del Departamento de Cardiología, para seguir el tratamiento, tanto de los enfermos médicos como quirúrgicos.

Se asistirá a las policlínicas y a los Departamentos de Electrocardiografía y Fonocardiografía y a la práctica de los cateterismos cardíacos y técnicas quirúrgicas.

Las prácticas quirúrgicas, en las que tomarán parte activa todos los cursillistas quirúrgicos, se realizarán tres días a la semana (lunes, miércoles y viernes), operándose dos enfermos diarios y realizándose una vez a la semana técnicas abiertas (circulación extracorpórea e hipotermia).

La cuota de inscripción será de 4.000 pesetas para el curso médico y de 10.000 para el quirúrgico, siendo los inscritos en este último automáticamente incluídos en el médico.

La fecha de inscripción comenzará el 1 de marzo y se cerrará, improrrogablemente, el 31 del mismo mes.

Las solicitudes de inscripción, programas, etc., se dirigirán a la secretaría del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, Avenida de los Reyes Católicos, 2. Ciudad Universitaria. Madrid.

DESAPARECE UN GRAN AMIGO EL DR. D. EDUARDO DE GREGORIO GARCÍA-SERRANO

Con gran sentimiento comunicamos hoy la noticia del fallecimiento de uno de los iniciadores de esta publcación y excelente amigo de esta casa: el doctor don **Eduardo de Gregorio.**



Con tan ilustre compañero y eminentísimo dermatólogo, cuya pérdida se hará sentir de modo principal en la Medicina aragonesa, pero también en la de España entera, donde su nombre era tan querido y admirado, marcha también un colaborador perseverante y entusiasta, cuyo saber, talento y modestia le habían labrado una gran reputación y prestigio, y un puesto destacado en la Dermatología española, que será difícilmente reemplazado.

Desde muy joven habíamos convivido con él en el Instituto de Sanidad, en la Real Academia y en esta Redacción, apreciando siempre su rectitud, caballerosidad, compañerismo y hombría de bien. Desgracias familiares habían impreso profundas huellas en sus sentimientos y le habían llevado a concentrarse en sí mismo, y de una manera tenaz en su trabajo y en el estudio. Difícilmente habrá quien pueda superarle en el número y calidad de sus artículos, trabajos de investigación, memorias y libros publicados, que posiblemente pasarán de los trescientos, y que han visto la luz en «Clínica y Laboratorio», «Actas Dermosifiliográficas», «Anales franceses de Dermatología», en los de «Sifiliografía de París», en la «Revista Argentina de Dermatología», de Buenos Aires, y en multitud de otras publicaciones españolas y del extranjero

Hijo de médico, había nacido en Paracuellos de Jiloca (Zaragoza), el 5 de octubre de 1899. Cursó en Zaragoza su bachillerato y licenciatura (1923), y se doctoró en Madrid (1928), con la tesis «Una epidemia de tricoficia». Pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios se especializó en Dermatología en Madrid, París y Breslau.

Hizo después oposiciones con gran brillantez, ingresando en el Cuerpo de Lucha Antivenérea, siendo director del Dispensario Dermatológico y de Higiene Social de Zaragoza, donde desarrolló una gran labor; fue, también por oposición, médico jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Provincial y del de la Cruz Roja, así como de la Consulta de Dermatología del S.O.E.

Tiene publicados los siguientes libros: «El tratamiento de la sífilis en sus distintos períodos y localizaciones», «Los salvarsanes en la terapéutica de la sífilis», «Vacunoterapia y quimioterapia de las afecciones gonocócicas», «La linfogranulomatosis inguinal subaguda o enfermedad de Nicolás Favre», «Vacunoterapia, quimioterapia y medicación antibiótia en Venereología».

Alcanzó numerosos premios: el «Alvarez Alcalá», de la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid; el «Premio Roel», de la Sociedad Española de Higiene»; el de la Institución «Fernando el Católico». Poseía tambien muchas distinciones: era miembro correspondiente extranjero de las Sociedades Dermatológicas francesa, italiana, portuguesa y argentina. Miembro de Honor del Instituto Médico Valenciano y de la Academia Médico Quirúrgica de Guipúzcoa; de la Sociedad Española de Higiene; de la Española de Dermatología y Sifiliografía; y aquí, académico de número y secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

Fue ponente oficial en los Congresos españoles de Dermatología celebrados en Sevilla, Bilbao y Barcelona. Presidió la Sección de Dermatología en las II Jornadas Médicas Aragonesas celebradas en Zaragoza en 1943, y fue también presidente del III Congreso Español de Dermatología, celebrado en Bilbao en 1942; era igualmente presidente de honor de la Sección Dermatológica Vasco-navarro-aragonesa, filial de la Española de Dermatología.

Todos estos méritos nunca le envanecieron y en todo momento fue un hombre austero, digno y, dentro de su aparente hosquedad, cordial y excelente amigo.

«Clínica y Laboratorio», que tuvo siempre en él un ejemplo de laboriosidad y entusiasmo por la especialidad, rinde hoy este modesto homenaje de exaltación a su figura médica, al tiempo que eleva sus oraciones por el alma de tan excelente amigo.

R. H. L.

VIDA MEDICA NACIONAL

NUEVO PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE VIZCAYA

Recientemente ha tomado posesión de la presidencia del Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, el doctor don José Ramón Reparaz, cuya activa y prestigiosa personalidad hacen esperar al frente del mismo un gran acierto en el desempeño de sus funciones. El doctor Reparaz cursó sus estudios en nuestra Facultad, perteneciendo a la promoción del año 1933, y por eso su legítimo triunfo nos llena de íntima alegría y le felicitamos muy cordialmente.

CONFERENCIA DEL DR. LUQUE

En la Academia Deontológica de Madrid pronunció una conferencia sobre el tema «Aspectos deontológicos de la determinación prenatal del sexo», el director del Hospital de la Cruz Roja, doctor Francisco Luque. El conferenciante se pronunció enérgicamente contrario a los procedimientos que por una simple curiosidad pueden perjudicar a la madre y al nuevo ser. «No debe abrirse el secreto de la Naturaleza, usando como palanqueta lo que casi podríamos imputar como crimen», acabó afirmando.

NUEVA JUNTA DE LA ACADEMIA DE DERMATOLOGÍA

La Academia Española de Dermatología y Sifiliografía ha elegido la siguiente junta directiva para el período 1960-64:

Presidente: profesor José Gómez Orbaneja; vicepresidentes: profesores Xavier Vilanova Montiu y doctor Luis Alvarez Lovell; secretario general: doctor Antonio García Pérez; redactor jefe, doctor Antonio Ledo Pozueta; tesorero: doctor Antonio López Villafuertes; contador: doctor Francisco Palenzuela Sáenz; bibliotecario: doctor Francisco Martínez Torres; secretarios de actas: doctores Antonio Sánchez-Covisa Carro, Alfredo Robledo Aguilar, Luis Cuadrado Colorado y Luis Almonacid de la Pedrueza.

DISTINCIÓN AL DR. ROYO-VILLANOVA

El eminente profesor de Medicina Legal de la Facultad de Madrid, doctor don Ricardo Royo-Villanova y Morales, ha sido designado como Miembro de Honor de la Sociedad Alemana de Medicina Legal, en reconocimiento a su valiosa cooperación con las más destacadas figuras germanas en esa especialidad. Con este motivo, transmitimos a nuestro ilustre paisano y amigo nuestra felicitación más cordial por tan brillante distinción.

NUEVA REVISTA DE DIVULGACIÓN

En Madrid, y con el título de «Vida Sana», ha visto la luz una preciosa revista en huecograbado, profusamente ilustrada y con cubierta a todo color, dedicada a popularizar temas de Higiene y Sanidad y a destacar aspectos y figuras de la Medicina de todos los tiempos. Su director es el doctor don Juan Fernán Pérez, el mejor, el más dinámico y popular de los periodistas médicos españoles.

Este primer número contiene los siguientes trabajos: «El cocinero, el higienista y el médico», por el doctor Marañón. «Las grandes figuras de la Medicina española: don Santiago Ramón y Cajal», por el doctor Fernán Pérez. «Sobre Sanidad nacional», por el doctor García Orcoyen. «Predicción del sexo», por el doctor Luque. «Las grandes conquistas de la Farmacología moderna», por el doctor Hernando. «Cosas de viejos», por el doctor Blanco Soler. «Una lección de Puericultura», por el doctor Bosch Marín. «Bacterias buenas y malas», por el doctor Jiménez Díaz. «Reportaje gráfico de antibióticos. La fotografía de fondo de ojo», por el doctor Poyales. «¿Qué es la Medicina?», por el doctor Royo Villanova. «Importancia del magnesio sobre la salud», por el doctor Carrión. «El beso de un niño», por el doctor Abella. «Las danzas y el espíritu femenino de la raza», por el doctor Durán. «Terrores nocturnos de los niños», por el doctor Garrido Lestache. «Aprenda usted masaje», por el doctor Elizaga. «Los remedios primitivos para la ciencia de curar», por el doctor Marañés. Libros inéditos. Guía de Sanatorios.

El número suelto cuesta diez pesetas, y la suscripción anual, cien. Su administración y dirección es: Fuencarral, 113. Madrid 10.

Deseamos a la nueva publicación, que cumple perfectamente la finalidad de su título, una larga y fructífera vida.

HOMENAJE PÓSTUMO AL DR. MARAÑÓN

En la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao se organizó en homenaje a la memoria del doctor don Gregorio Marañón —al que esta entidad ha concedido a título póstumo el de académico de honor—, una brillante sesión necrológica, donde los doctores Obregón, Reparaz (presidente del Colegio de Médicos Vizcaíno), Alvarez Coca y Gochi, evocaron distintos aspectos de la gran figura española, recientemente desaparecida.

DISTINCIÓN AL PROF. BOTELLA

Recientemente, en una reunión habida en París, ha sido designado como presidente de la Unión Médica Latina, el doctor don José Botella Llusiá, profesor de Ginecología de la Universidad de Madrid.

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró sesión literaria el día 29 de marzo, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, en la cual tuvo lugar un coloquio sobre «La vida y la obra de Van Gogh», actuando como ponente el doctor don Alfredo Guera Miralles, y en el que intervinieron, entre otros, los doctores Blanco Soler, Fernán Pérez y Perera.

NOMBRAMIENTO DEL DR. BOSCH OLIVÉ

Para la vacante existente en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, ha sido designado como director el doctor V. Bosch Olivé, a quien felicitamos por este motivo, deseándole muchos éxitos al frente del mismo.

CONFERENCIA DEL DR. MOZOTA, EN ALICANTE

En la Sociedad de Medicina y Cirugía de Castellón, presidida por el doctor Muñiz Izquierdo, que hizo la presentación del disertante, expuso el doctor José Ramón Mozota Sagardía, en brillante conferencia, con gran meticulosidad y maestría, todos los antecedentes de la terapéutica médica y quirúrgica funcional, las razones fisiopatológicas y las posibilidades operatorias para devolver el funcionamiento de los órganos que anteriormente quedaban mutilados y con pérdidas de audición, fonación, olfato, etc., que les ponía en un grado de inferioridad respecto a sus semejantes.

Su charla fue ilustrada con la proyección de diapositivas de los diversos tiempos operatorios y de los casos intervenidos, siendo muy aplaudido y felicitado por su ameno y elocuente trabajo y, sobre todo, por su gran labor científica al servicio de la Ciencia.

ASOCIACIÓN MÉDICO-ESCOLAR

Se ha constituído en Madrid la Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar, vinculada a la Unión Internacional de Higiene Escolar Universitaria. Está presidida por el doctor C. Sainz de los Terreros.

La sesión inaugural tendrá lugar en la segunda quincena de abril, en el Colegio de Médicos de Madrid.

Cuantos médicos, maestros, higienistas y pedagogos puedan estar interesados en esta materia y deseen inscribirse, pueden hacerlo al doctor Sancho Martínez, Inspección Médico-Escolar, San Bernardo, 49. Madrid.

NECROLOGÍA

OTRA GRAN FIGURA DE LA MEDICINA ESPAÑOLA QUE DESAPARECE: EL DR. D. FRANCISCO GALLART MONÉS

El conocido gastropatólogo catalán falleció en Barcelona el 6 de marzo, víctima, como tantos otros médicos, de un ataque cardíaco.

Apartado voluntariamente de las tareas científicas y docentes que le imponía la dirección de la Escuela de Patología Digestiva por él creada antes de la primera guerra mundial, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, no abandonó, sin embargo, su atención por la



Gastroenterología, que con tanto acierto y brillantez cultivara siempre, y el pasado año inauguraba el Congreso Internacional de Washington, presidido por Eisenhower, y no hace muchos días recibía la distinción del nombramiento de «Doctor honoris causa» por la Universidad de Burdeos.

Había nacido el 30 de septiembre de 1880, en Prat de Llobregat —era, por tanto, casi octogenario—. La primera enseñanza y el bachillerato los cursó en Reus, volviendo después a su pueblo natal. Desde allí iba todos los días a pie a Barcelona, durante el tiempo que duraron sus estudios de Medicina, que terminó en el breve plazo de cinco años; sus comienzos profesionales, solía contar que fueron ásperos y difíciles. Pronto se especializó en Patología digestiva, y amplió sus conocimientos en diversas capitales europeas.

Con gran esfuerzo y perseverancia creó e impulsó su Escuela, y supo rodearse de un conjunto de eficientes colaboradores, a los que

transmitió su entusiasmo y su empuje. Más tarde, ese Centro, modelo de actividad y de trabajo, donde se han formado tantos especialistas españoles y extranjeros, ha adquirido un renombre destacado y merecido, desfilando por el mismo e interviniendo en sus cursos y tareas los más reputados especialistas del mundo.

Hombre muy sencillo y cordial, casó con la hija del doctor Esquerdo, siendo su mejor ayuda en su hogar y en la administración de la clínica.

Es autor de numerosos trabajos, monografías y libros, entre los que destaca su magnífica «Patología abdominal clínica», y ha sido el formador de una pléyade ilustre de especialistas. A nuestra ciudad vino con frecuencia, y pronunció conferencias interesantísimas, con su realismo característico, honrando también esta revista muchas veces con sus trabajos.

Poseía numerosas distinciones, y era miembro de honor de casi todas las sociedades gastroenterológicas europeas y numerosas sudamericanas. En 1946 fue nombrado presidente de la Sociedad Internacional; pertenecía como miembro numerario a la Real Academia de Medicina de Barcelona, y estaba en posesión de la Gran Cruz de Alfonso el Sabio, de la de Sanidad y de la Legión de Honor francesa.

Fue siempre un gran clínico y muy cordial con sus pacientes. Nosotros perdemos con él un gran amigo y un antiguo y prestigioso colaborador, desde las primeras épocas de aparición de esta revista, y le recordaremos siempre con elogio y afecto.

Descanse en paz, y reciba su hijo don Antonio, su fiel continuador, la expresión sincera de nuestro pésame.

R. H. L.

EL DR. ROCA DE VIÑALS

En la plenitud de su vida y de su actividad científica, ha fallecido en Barcelona el doctor **Ricardo Roca de Viñals**, a los cincuenta y cinco años de edad.

Poseía un brillante expediente académico. Obtuvo por oposición la plaza de jefe del Laboratorio del Servicio del Cáncer, en el Hospital de la Santa Cruz, donde consolidó su preparación anatomopatológica al lado del profesor Guilera. Fue jefe del Laboratorio de la Cruz Roja Española, del Instituto Policlínico y del Neurológico, poseyendo numerosas distinciones nacionales y extranjeras por su valiosa e inteligente labor científica. Aparte de su dominio indiscutible del laboratorio en todos sus aspectos: químico, biológico, bacteriológico y anatomopatológico, era también, personalmente, un hombre afable y solícito, sencillo y activo, que conquistó la estimación y el afecto de sus compañeros y de sus enfermos.

SOCIEDAD DE HISTORIA DE LA MEDICINA

Se ha constituído en Madrid la Sociedad Española de Historia de la Medicina, que tendrá como finalidad el cultivar y fomentar el estudio y la investigación y el mejor conocimiento del saber médico, sobre todo en lo referente a la aportación española.

La junta directiva de la nueva Sociedad ha quedado formada por los siguientes doctores: Pedro Laín Entralgo, presidente; Francisco Oliver y Luis Granjel, vicepresidentes; Agustín Albarrouín, tesorero; Silverio Palafox, secretario; Manuel Usandizaga, Gabriel Sánchez de la Cuesta, José Luis López Piñeiro y Antonio Castillo de Lucas, vocales.

CONGRESOS

VI CONGRESO NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRÍA

Se celebrará en Barcelona, del 27 de abril al 1 de mayo de 1960, y dentro de él tendrá lugar, el sábado 30 de abril, un «Symposium sobre estados depresivos», con el siguiente programa provisional:

Mañana, a las diez horas: «El problema nosológico y terapéutico en el Symposium internacional de Rapallo (23-24 de abril de 1960)», por el profesor R. Sarró, catedrático de Psiquitría de la Universdad de Barcelona. «Depresiones timopáticas y depresiones básicas», por el profesor J. J. López Ibor, catedrático de Psicología Médica de la Universidad de Madrid. Mesa redonda sobre el tema central «Estados depresivos». Presidente: profesor Alberca, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Valencia; secretarios: doctores V. Peset (Valencia) y M. de la Cruz (Barcelona). Almuerzo ofrecido por «Geigy, S. A.»

Tarde, a las dieciséis quince horas: «La evolución de la terapéutica de los estados distónicos y depresivos, desde los bromuros a la imipramina», por el profesor A. Pedro Pons, catedrático de Patología Médica de la Universidad de Barcelona. Sesión presidida por el profesor L. Rojas, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Granada. Mesa redonda sobre «Terapéutica de las depresiones». Presidente: doctor F. Soto Yarritu, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; secretarios: doctores M. Rojo (Granada) y J. Obiols (Barcelona). «Tratamiento de los estados depresivos con tofranil», por el profesor R. Kuhn, de la Kantonale Thurgauische Heil-und Pflegeanstalt, Munsterlingen (Suiza). Sesión presidida por el profesor F. Llavero, catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Salamanca.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LIQUIDACION DE LAS SECCIONES DE ENFERMEDAD E INVALIDEZ EN 1959

La concatenación de las incapacidades laborales, primero por enfermedad, para pasar después a invalidez temporal o larga enfermedad y finalmente a invalidez permanente, permite efectuar el estudio común de las liquidaciones de ambas secciones de nuestra Mutualidad en el pasado año.

En todos los grupos de la Sección de Enfermedad se ha obtenido superávit de las cuotas percibidas sobre los subsidios abonados; pero los superávits han disminuído en relación con el año precedente. Como las cuotas obtenidas han aumentado, ello indica que los subsidios devengados han crecido en mayor proporción. Mas la morbilidad general no ha crecido, salvo por accidentes, sino más bien ha disminuído, sin que aumente la duración de la incapacidad laboral, cabiendo suponer que los subsidios se solicitan con mayor frecuencia que antes. Pudiera motivarlo el aumento de inscripciones en los grupos altos de la sección, con subsidios que alcanzan hasta 1950 pesetas mensuales, cifra ya no despreciable cuando existe el derecho a su percepción, de la que siendo corta se solía hacer dejación. Este aumento de subsidios tampoco cabría explicarse por envejecimiento general de la masa asegurada, puesto que el afluio de mutualistas jóvenes es constante, y existe la limitación de edad a los setenta años, para la percepción de tal forma de subsidio.

En estudio personal de la liquidación de estas secciones en 1958, se consideró la posibilidad de aumento del 50 por ciento en el subsidio del grupo I, que repercutiría, como es lógico, sobre todos los demás grupos; pero se estimó razonable esperar la confirmación en el siguiente ejercicio. Y ésta no se ha presentado, sino que la disminución del superávit obliga aún a mayor cautela.

En esta liquidación no han podido figurar todavía los grupos previstos del 10 al 14, que no iniciaron su funcionamiento a falta de número suficiente de inscripciones equilibradoras.

Los superávits conseguidos en la Sección han ido a engrosar los fondos de reserva de los grupos respectivos, pues si bien su regularización financiera se prevee reglamentariamente por liquidación anual, conviene disponer siempre de unos pequeños fondos de reserva, niveladores para caso de exceso de morbilidad extraordinaria.

En la Sección de Invalidez han aumentado las cuotas en todas sus secciones, disminuyendo al propio tiempo los subsidios en relación con el año anterior, con lo que se ha producido, asimismo, aumento de los superávits. Esto permite deducir que ha disminuído la duración de las incapacidades temporales o larga enfermedad, curando antes la dolencia provocadora, así como las permanentes, por aplicación de terapéuticas más conservadoras.

Los excedentes obtenidos serán llevados al fondo de reserva de la Sección para poder constituir, en su día, los de cobertura de pensiones, si procede.

La liquidación de las Secciones de Enfermedad e Invalidez de Previsión Sanitaria Nacional en 1959, es alentadora, sin que se haga preciso modificar su estructura actual.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa

CAPÍTULO ANDALUZ DEL «AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS»

El Capítulo de Andalucía (Andalucía, Extremadura y Murcia) del «American College of Chest Physicians» convoca a la Mesa de Discusión que, versando sobre el tema general «Enfermedades profesionales del pulmón», celebrará el día 18 de abril, en el salón de actos de la Residencia Sanitaria «García Morato», del S.O.E., de Sevilla (avenida de Manuel Siurot), a las diez de la mañana. Actuarán de moderadores, respectivamente, los doctores don Salvador Almansa de Cara, de Málaga; don Rodrigo Tallón Cantero, de Sevilla; y don Antonio Azpitarte Rubio, de Granada.

Han sido designados como ponentes por esta Junta, de acuerdo con el doctor Caralps, regente del A.C.C.P. en España, los siguientes relatores:

Doctor don Carlos Zurita, de Cabra: «Introducción al estudio de las enfermedades profesionales del pulmón. Clasificación.»

Doctor don José Abelló, de Madrid: «Anatomía patológica. Clínica y diagnóstico.»

Doctor don José Leal, de Linares: «Reparación (legal, médica y social).»

En el mismo local y en los días inmediatamente posteriores (19 y 20 de abril), se celebrará la VI Reunión Nacional de la Asociación para el Estudio de los Bronquios (A.I.E.B.), con ponencias a cargo de los doctores don A. Hernández Díaz, don M. Carretero y don J. López Mejías, de Sevilla («Las estenosis bronquiales»); y don Carmelo Gil Turner, de Bilbao («Tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias»).

AÑO MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

La reunión de expertos tendrá lugar en Barcelona, los días 25 y 26 de abril de 1960, con arreglo al siguiente programa:

Lunes día 25.—A las diez horas: Exposición del plan regional de Barcelona para el Año Mundial de la Salud Mental, seguida de discusión de las posibilidades de transformarlo en plan ncional, actuando de «chairman» el profesor Ramón Sarró, presidente de la Liga Española de Higiene Mental y miembro del comité ejecutivo de la Federación Mundial de la Salud mental. A las dieciséis horas: Reunión de los grupos de trabajo que hayan sido aceptado por la asamblea general.

Martes día 26.—A las nueve treinta horas: Reunión de los grupos de trabajo (continuación). A las dieciséis horas: Lectura y discusión de las conclusiones de los diversos grupo de trabajo. Planificación general de las actividades del Año de la Salud Mental adaptable a las necesidades regionales. La sesión será presidida por el doctor José Turégano, secretario general del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica y vicepresidente de la Liga Española de Higiene Mental.

A esta reunión de expertos están particularmente invitados los directores de los dispensarios de higiene mental, titulares o interinos, así como todos los neuropsiquíatras españoles.

La reunión se celebrará en el local del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (calle Egipcíacas, número 15).

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA CLÍNICA

Organizado por la Asociación Nacional de Médicos Especialistas de Análisis Clínicos, bajo los auspicios de la Sociedad Internacional de Patología Clínica y la presidencia de honor de S. E. el Jefe del Estado, se celebrará este congreso en Madrid, durante los días 13 al 17 de junio de 1960.

Cualquier información complementaria puede solicitarse de la secretaría general, instalada en el Pabellón II de la Facultad de Medicina, Ciudad Universitaria, Madrid.

El comité organizador está constituído por los doctores Utrilla, presidente; E. Luengo, vicepresidente; J. Aparicio Garrido, secretario general; J. M. de la Lastra, tesorero; y J. Jiménez, contador.

JORNADAS ANGIOLÓGICAS ESPAÑOLAS

Los días 17 y 18 de junio del presente año, tendrán lugar en el «Hotel Pez Espada», de Torremolinos (Málaga), las VI Jornadas Angiológicas Españolas, organizadas por la Sodiedad Española de Angiología, bajo la presidencia local del doctor don Pascual López Magaña.

La correspondencia debe dirigirse a la secretaría general de estas Jornadas, que ha sido instalada en el local del Colegio Oficial de Médicos, Angel, 1, Málaga.

VI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL MEDITERRÁNEO LATINO

Se celebrará en Milán, durante los días 2, 3 y 4 de mayo de 1960, con arreglo al siguiente programa:

Día 2 de mayo. Sesión inaugural del congreso en el aula magna de la Universidad de Milán (Via Festa del Perdono, 7). I ponencia: «Desprendimiento precoz de placenta», por los doctores M. Usandizaga y E. Gil Vernet (Barcelona), y los doctores I. Martí y S. Moneneu (Valencia), y S. Dexeus, J. M. Dexeus, I. Roig y C. Carceller (Barcelona). Comunicaciones afines a la I ponencia y proyección de films.

Día 3 de mayo: II ponencia: «Las hemorragias del alumbramiento», por los profesores J. Caderas de Kerleau (Montpellier) y P. Guilhem (Toulouse). Comunicaciones afines y discusión de la II ponencia. III ponencia: «Las particularidades del tratamiento quirúrgico en los tumores malignos del ovario», por el profesor L. Cattaneo (Roma). Comunicaciones afines y discusión de la III ponencia.

Día 4 de mayo: Crucero sobre uno de los lagos lombardos. Durante la travesía tendrá lugar una sesión administrativa.

Las inscripciones se reciben en la secretaría general del Congreso, sita en Via Commenda, 12, Milano.

Precios de inscripción: congresistas, 10.000 liras; familiares, 5.000 liras.

Para la reserva de alojamientos, dirigirse a la agencia de viajes «Wagons Lits Cook».

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE TALASOTERAPIA

En Estoril (Portugal), se celebrará durante los días 28, 29 y 30 de mayo de 1960, el XI Congreso Internacional de Talasoterapia.

El orden del día será el siguiente:

1. Bases fisiológicas de la Talasoterapia.
2. Tratamiento del reumatismo por la Talasoterapia.

Se aceptarán todas las comunicaciones concernientes a la Talasoterapia, aunque ellas se aparten de los temas propuestos.

Las informaciones se dirigirán:

Las de carácter científico, al profesor Mario Rosa, avenida da Libertade, 129, 1.°. Lisboa.

Las que se refieran a organización, estancia, información, al doctor Joaquin Miguel da Serra e Moura, presidente de la Junta de Turismo de la Costa del Sol. Estoril (Portugal).

ZARAGOZA, 15 MAYO 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

EL PROF. BONILLA, EN LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA (SECCIÓN DEL EBRO)

El día 23 de abril, esta entidad celebró su acostumbrada sesión, en la cual el profesor Francisco Bonilla, catedrático de Ginecología en la Facultad de Valencia, expuso una brillante lección sobre el tema «La morfogénesis uterina y sus problemas clínicos».



El acto fue presidido por el doctor don Ricardo Horno Liria, que dedicó unas cordiales palabras de saludo, presentación y bienvenida al profesor Bonilla.

El disertante puso de relieve el confusionismo existente entre diversas anomalías del desarrollo uterino y la manera de enjuiciarlas, apoyándose para ello en un abundante material de observación y con la proyección de numerosas diapositivas de piezas y de histerosalpingografías. Propone dividir las anomalías de desarrollo en tres tipos: úteros infantiles, atávicos y rudimentarios, cuyos problemas clínicos fundamentales son la esterilidad e infertilidad por interrupción prematura. Analizó los datos esenciales para el diagnóstico y presentó estadísticas muy demostrativas

Su brillante exposición fue mdy aplaudida por todos los asistentes.

Por la noche fue obsequiado con un banquete por los ginecólogos zaragozanos.

INSTITUCIÓN «FERNANDO EL CATÓLICO»

El día 19 del pasado, bajo la presidencia del doctor Zubiri, pronunció una interesante conferencia el doctor don Emilio José Rosel Sáez, sobre el tema «Aragón por los Santos Cosme y Damián». Trazó un breve esbozo de lo que es la Medicina, entendida como factor espiritual y social, y su proyección hacia el espíritu, a través del médico aragonés, del patronazgo de los Santos Mártires Cosme y Damián. Estudió los diferentes lugares aragoneses en que son venerados, proyectando fotografías de imágenes de propiedad particular que presiden algunos despachos médicos y que poseen un clásico sabor regional. El doctor Rosel fue muy felicitado.

Nuevamente, en el día 3 del actual, se celebró una sesión clínica, con la intervención del doctor Miguel Ferrer Peralta, que presentó un interesante comunicación sobre «Reumatismo poliarticular crónico evolutivo», siendo muy aplaudido.

HERMANDAD MÉDICO-FARMACÉUTICA DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

La Hermandad Sanitaria de San Cosme y San Damián, de Zaragoza, celebró el día 24 los actos religiosos ocostumbrados, y después la sesión correspondiente de la Academia Deontológica, que fue presidida por el doctor Azúa.

En ella, el doctor Martínez Bazán, tras un amplio y documentado preámbulo, desarrolló las ideas y sugerencias que la comisión nombrada al efecto había preparado para facilitar la encuesta proyectada en relación con la posible solución cristiana de la seguridad social.

A continuación, hicieron uso de la palabra los doctores Anós, Rosel, Civeira, Alvira y

Azúa, quienes aportaron conceptos tendentes a las mejores y más comprensivas relaciones entre médicos y enfermos incluídos en los seguros libres y obligatorios de enfermedad, y siempre pretendiendo conseguir el máximo beneficio del doliente y del bien común.

El señor consiliario cerró el acto con atinadas consideraciones de orden moral.

CURSILLO SOBRE SÍNDROMES CARDIOCIRCULATORIOS DE URGENCIA

Con gran éxito han finalizado en el Hospital Provincial de Nuestra Señora de Gracia las lecciones del cursillo «Síndromes cardiocirculatorios de urgencia», organizado por la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», que han venido desarrollando los doctores Malumbres, Olivares, Val Carreres, Duplá, Ucar, Aznar y La Figuera, que pronunció la lección de clausura.

SEMINARIO MÉDICO DE SANIDAD MILITAR

Bajo la presidencia del general de Sanidad doctor Salarrullana, se presentó, en la sesión del día 21 del pasado, una comunicación sobre «Los esteroides terapéuticos en Oftalmología, Dermatología y Neuropsiquiatría», siendo ponentes el coronel médico don Andrés Arrugaeta, el comandante médico don Carlos Olivares y el capitán médico don Martín Vilaret.

En la siguiente sesión, celebrada el día 11 del corriente, intervino el comandante médico don Angel Lasala Perruca, sobre el tema «La Sanidad en las divisiones de montaña.»

HOMENAJE AL DIRECTOR DE LA RESIDENCIA DEL S.O.E.

En el restaurante de la Feria de Muestras se celebró una cena de homenaje a don Teógenes Marcos Cuervo, director de la Residencia José Antonio del Seguro Obligatorio de Enfermedad, con motivo del quinto aniversario de su ejercicio en la dirección. A la vez le fue ofrecida una imagen de la Virgen del Pilar, como recuerdo.

Fue ofrecido el homenaje por el doctor Zubiri, que tuvo afectuosas palabras para el doctor Marcos, contestando éste con emocionadas frases, agradeciendo el agasajo de los médicos zaragozanos.

CLAUSURA DEL CURSO DE CONFERENCIAS EN HOMENAJE AL PROF. LOZANO

El día 9 de los corrientes, en el salón de sesiones de la Real Academia de Medicina, tuvo lugar el solemne acto de clausura del ciclo de conferencias que han venido realizándose en homenaje al profesor don Ricardo Lozano Monzón. En él hicieron uso de la palabra el presidente de esta Corporación, profesor don Francisco Oliver Rubio, y el profesor don Antonio Lorente Sanz, en representación de la Facultad de Medicina y antiguo colaborador del profesor Lozano Monzón. Ambos realzaron con magníficos discursos la semblanza del ilustre profesor aragonés.

A continuación, el presidente del Colegio de Médicos, doctor Celma, hizo entrega del premio concedido por el Ilmo. Colegio de Médicos de Zaragoza a la mejor biografía del homenajeado, de la que resultó autor el doctor don Simón Blasco Salas, médico de Estella (Navarra) y antiguo ayudante del profesor Lozano.

Finalmente, el Excmo. Sr. D. Juan Cabrera, Rector Magnífico de la Universidad, glosó la figura y significación del acto, declarando clausurado el curso.

BRILLANTE ACTUACIÓN DEL DR. MARTÍN CALDERÍN EN LA REAL ACADEMIA

El día 14, en la Real Academia de Medicina, pronunció una magistral conferencia el profesor jefe de los servicios de Otorrinolaringología del Hospital Provincial de Madrid, y presidente de aquel Colegio de Médicos, doctor don Antonio Martín Calderín.

Presidieron el acto el presidente de la Academia, doctor Oliver; el vicepresidente, doctor Noailles; el presidente de la Diputación Provincial, doctor Zubiri; el del Colegio de Médicos, doctor Celma; el presidente de la Sociedad Española de Otorrinolaringología, doctor Ariño, y el secretario accidental de la Corporación, doctor don Ricardo Horno Liria.

Hizo la presentación el doctor Ariño, que subrayó la personalidad del doctor Martín Calderín, catedrático eminente de la especialidad y jefe de los distintos servicios asistenciales de Madrid, presentándolo como una de las figuras profesionales más destacadas de España. Fue muy aplaudido.

A continuación, el doctor Martín Calderín desarrolló su conferencia sobre el tema «El impacto nao-sinusal en patología broco-pulmonar».

Comenzó agradeciendo las cordiales frases del doctor Ariño y manifestando que siempre ha venido con sumo gusto a Zaragoza, con motivo de diversas intervenciones científicas y profesionales.

Pasó después a desarrollar el tema poniendo de relieve la categoría de eminente maestro al exponer la anatomía, la fisiología, la anatomía patológica y la terapéutica de los procesos nasales, poniendo de relive su marcada influencia en los procesos bronco-pulmonares. Expuso estadísticas y experiencias personales y abrillantó su conferencia con preciosas diapositivas. Fue muy ovacionado.

Cerró el acto el presidente de la Real Academia, doctor Oliver Rubio, con unas palabras de agradecimiento y de elogio al doctor Martín Calderín, que había dado una brillante lección de cátedra.

Por la noche, en el «Restaurante Savoy», el doctor Martín Calderín fue obsequiado con una cena por los señores académicos.

EL PROF. CIVEIRA INGRESA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Con la solemnidad de costumbre, realzada con las grandes simpatías con que cuenta el ilustre decano de la Facultad de Medicina de Zaragoda, profesor Fernando Civeira Otermín, leyó su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, el día 5 del actual, sobre el tema «El hombre y su alimentación. Ensayo de interpretación de la historia humana en función de su circunstancia alimenticia».



El profesor Civeira desarrolló su conferencia no solamente en el sentido literal y científico de la palabra, sino que dio a su disertación interpretaciones de índole espiritual, datos de utilización sumamente recomendable, juntamente con una gama de datos históricos de gran solidez y aplicación técnica en relación con la evolución del ser humano a través del tiempo desde los primeros días de su aparición sobre la tierra hasta la actualidad, en que aparece decisiva y contundente la era de alimentación sintética y dirigida, que intenta substituir de forma plena a la natural.

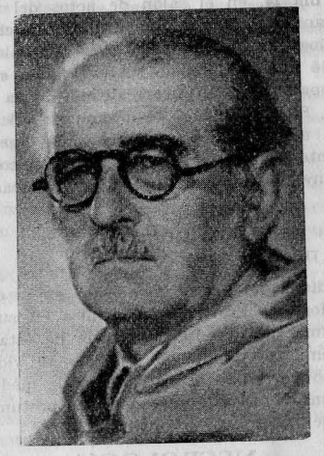
En todo momento hizo gala de los conocimientos personales del tema de manera clara y precisa, y fue escuchado por todos los que llenaban el salón de la Real Academia con el interés que se merece por su labor docente y médica, siendo acogidas sus últimas palabras con una afectuosa ovación.

Contestó al ilustre conferenciante el presidente de la Real Academia, profesor Francisco Oliver Rubio, que hizo historia de los merecimientos y labor científica del profesor Civeira, en la enseñanza de las generaciones que pasan por la Facultad de Medicina y, en el aspecto material, por las reformas que está realizando en el edificio de nuestro centro docente, en pro de unos servicios mejores y más fáciles condiciones de enseñanza.

Felicitamos al profesor Civeira Otermín por este brillante éxito, que viene a ser en su historial científico una prueba más de su valor y condiciones de estudio de los problemas relacionados con las materias médicas.

NOTABLE CONFERENCIA DEL DR. OLIVER EN LA CLAUSURA DEL I CURSO SOBRE HISTORIA DE LA CIENCIA

En la sala de conferencias del Palacio Provincial tuvo lugar el día 14 del corriente la conferencia de clausura del I Curso de Historia de la Ciencia, organizado por la Cátedra



«Miguel Servet» de la Institución «Fernando el Católico». Disertó el presidente de la Real Academia de Medicina, doctor don Francisco Oliver Rubio sobre «Vida de Miguel Servet». El acto fue presidido por el Excmo. y Magnífico Sr. Rector de la Universidad, don Juan Cabrera.

El doctor Oliver hizo un detallado examen de la azarosa vida de Miguel Servet, desde que salió de España acompañando a Fray Juan de Quintana, hasta que en el mes de octubre de 1653, vencido por la ferocidad y sen

timiento de venganza de Calvino, acabó con su vida en la hoguera.

El espíritu de inquietud insatisfecha por saber y observar, tanto los problemas de la naturaleza como los del espíritu, ocasionaron a Servet incidencias, procesos de los cuales salió triunfante, pero no del último, que acabó con una inteligencia que había dado relevantes muestras en sus múltiples trabajos de matemáticas, geografía, medicina, habiendo conquistado el afecto de los habitantes de Viena del Delfinado, y muy especialmente del arzobispo Palmier.

Aludió el doctor Oliver a que el célebre anatómico Vesalio indica en su obra «Humanis corpore fabrica», cómo fue ayudado en sus disecciones anatómicas por Miguel Servet, así como al descubrimiento por Servet de la circulación de la sangre, descubrimiento que actualmente aceptan todos los historiadores de la Medicina.

La disertación fue complementada con abundantes proyecciones, y al finalizar la exposición, el doctor Oliver fue muy aplaudido por el selecto auditorio que llenó por completo el salón de conferencias del Palacio Provincial.

EN EL ATENEO

El día 14, en el salón de actos del Centro Mercantil, el doctor don Antonio Raichs, hematólogo de la Residencia José Antonio, pronunció una conferencia sobre el tema «La inmunopatología: un neorrealismo de la medicina». Su conferencia, bien expuesta, alcanzando el matiz preciso de divulgación, fue atentamente seguida por el numeroso público, siendo muy felicitado al final de su disertación.

ACTO EN SUFRAGIO
DEL DR. DE GREGORIO

El día 5 del actual se celebró en la capilla del Hospital Provincial una misa en sufragio del alma del que fue secretario de esta Real Academia de Medicina. El acto se vio concurrido por numerosa asistencia de médicos y académicos que se sumaron a este póstumo homenaje.

NECROLOGÍA

Desde la aparición de nuestro número anterior, hemos de lamentar el fallecimiento de los siguientes estimados compañeros:

Don Gerardo Alpuente Cortés, que con gran competencia y entusiasmo ejerció muchos años medicina general y radiología, en la ciudad.

Don Ambrosio del Valle, persona de grandes simpatías y competente médico, que se licenció en esta Facultad.

Don Rafael Midón Andía, prestigioso especialista en radiología, jefe de este servicio en el Hospital Provincial y en la Facultad de Medicina y muy estimado por las cualidades de su carácter y por su ejemplaridad.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA TARJETA AMARILLA

Un refrán castellano, muy conocido, pudiera servir de lema a estas líneas: «Cuando las barbas de tu vecino veas rapar...». Sin necesidad de mencionar la segunda parte, por harto sabida. Nuestros vecinos son los franceses, de los que sólo nos separa una elevada cadena montañosa y el cauce de algunos ríos El día 1.º de abril ha comenzado a tener efectividad en Francia la justificación de que todo conductor de un vehículo mecánico, sea de dos o cuatro ruedas, se halla dentro de la reglamentación de seguros. La falta de este justificante, en forma de tarjeta de color amarillo, será severamente sancionada con multas crecidas. La tarjeta amarilla acompañará a todo requerimiento en la vecina república, a la gris y al permiso de conducir.

Con ello se establece la obligatoriedad de tener cubierta la responsabilidad civil en la producción de cualquier accidente que pueda motivarse por vehículos automóvles; es decir, la imposibilidad de que en lo futuro exista insolvencia económica frente a una falta o un delito de los denominados de carretera. Con eliminación, por tanto, de la prisión subsidiaria, tan repugnada por penalistas y moralistas.

La responsabilidad civil en Francia puede ser muy elevada, cifrada en veinticinco millones de francos corrientes; porque las indemnizaciones solicitadas en los siniestros son también muy crecidas.

El máximo de relaciones que establece la vecindad, las características raciales tan similares, y el reflejo de actos y acciones, acuciado, además, por intereses mercantiles, hacen presumir que algo similar pueda establecerse en España en un futuro próximo. De producirse, es bien seguro que los sanitarios poseedores de vehículos automóviles para su ejercicio profesional, que se encontrasen al descubierto de este riesgo, recurrirían, en propio beneficio, a la Sección Especial de su Mutualidad, como lo hicieron antes, con carácter voluntario, varios miles de compañeros. Vayan pensando sobre ello, y que consideren la gran utilidad que les reporta su cobertura anticipada, ante peligros que en cualquier momento pueden presentárseles. Sin dejarlo para una última hora premiosa.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa.

VIDA MEDICA NACIONAL

EL DR. LUQUE CELEBRA SUS
BODAS DE ORO CON LA PROFESIÓN

En este año, el veterano y popular ginecólogo doctor don Francisco Luque y Beltrán, cumple sus Bodas de Oro profesionales.

Su brillante carrera científica, su caballerosidad y méritos ejemplares en el ejercicio profesional, están en la mente de todos cuantos le conocemos y le admiramos, pues su actividad en la Cruz Roja, en la Real Academia, en la Sociedad Ginecológica, en la Academia Deontológica, etc., etc., ha sido siempre verdaderamente ejemplar.

El doctor Alvarez Sierra, en un excelente artículo en «ABC», recogiendo el sentir de millares de médicos, proponía la concesión para él de la Gran Cruz de Alfonso el Sabio. La Redacción de esta revista se suma muy gustosamente a esta merecida petición de tan ilustre amigo, y envía al doctor Luque el testimonio de admiración, de respeto y de simpatía que por su magnífica labor merece y que nosotros queremos destacar en este aniversario.

HOMENAJE AL DR. BLÁZQUEZ

En el Colegio de Médicos de la provincia de Sevilla se ha celebrado un acto muy solemne Durante él se impuso al presidente del Colegio, doctor don Francisco Blázquez Bores, la Medalla de Oro al Mérito Colegial. Esta distinción se le otorgó por los méritos contraídos por el doctor Blázquez Bores en la presidencia del Colegio, y más aún, por su gestión al frente de la junta directiva para la adquisición en propiedad del inmueble que ocupa este Colegio. Asistieron al acto los doctores don Antonio Crespo Alvarez, presidente del Consejo General de Colegios Médicos, y don Manuel Bermejillo, presidente del consejo de administración de Previsión Sanitaria Nacional.

INGRESO DEL DR. MORALES EN
LA REAL ACADEMIA DE SEVILLA

Recientemente, el ilustre médico puericultor don Juan Luis Morales pronunció su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Sevilla, que versó sobre el tema «El momento actual de la Pediatría y de la Puericultura en el mundo». Le contestó en nombre de la Corporación el doctor Manuel Lafont.

El magnífico trabajo del doctor Morales, que fue muy aplaudido, será comentado en estas páginas con la extensión que merece.

NUEVO CATEDRÁTICO

La cátedra de Histología y Anatomía Patológica de la Universidad de Salamanca ha sido obtenida, tras brillante oposición, por el doctor Luis Zamorano Canabria.

EXITO DE LOS
DRES. BÁGUENA CANDELA

En la Facultad de Medicina de Valencia, los doctores don José y don Rafael Báguena Candela, han ganado en reñidas oposiciones las plazas de profesores adjuntos de la cátedra de Patología y Clínica Médicas que dirige el profesor Beltrán Báguena.

HOMENAJE AL DR. SUÁREZ

Al dejar la cátedra de Pediatría de Santiago, que ha desempeñado durante doce años con extraordinario acierto y con motivo de su despedida y del nuevo éxito profesional, le han sido tributados varios homenajes. La Sociedad de Pediatría de Galicia, fundada por el doctor Suárez, le hizo entrega de un pergamino, en el que figura su nombramiento como presidente de honor de la entidad. La Facultad de Medicina de Santiago agasajó al ilustre zaragozano con una cena, a la que asistieron las autoridades académicas y otras personalidades. Los estudiantes de la cátedra y los colaboradores le hicieron entrega de sendas placas de plata, la segunda en nombre de la Clínica Universitaria de Pediatría de Santiago.

Días después, el prestigioso catedrático pronunció en el paraninfo de la antigua Universidad de Sevilla su primera lección, siendo el tema elegido «Crecimiento y desarrollo», que fue expuesto con toda brillantez.

Felicitamos a nuestro buen amigo y paisano el doctor Suárez por tan notables triunfos académicos, y le deseamos aún mayores éxitos en el desempeño de su nueva cátedra.

NUEVOS PROFESORES
DE OFTALMOLOGÍA

Tras brillantes oposiciones, han obtenido con los números uno y dos para las cátedras de Oftalmología de las Universidades de Salamanca y Sevilla, los doctores don Rafael Bartolozzi y don Marcelo Carreras, respectivamente.

BARCELONA RINDE HOMENAJE
A LA MEMORIA DE ALBARRÁN

En el paraninfo de la Facultad de Medicina de Barcelona se ha celebrado una memorable sesión en homenaje del que fue alumno de dicho Centro, doctor Albarrán. Disertaron los doctores Puig Sureda, Gil Vernet y De la Peña (don Alfonso). Asistieron los doctores Gausa Rasyall, Moya Prats, Batalla Sabaté, Gil Vernet, Vila, Soler Roselló, Saenz de Cabezón, Serrallach, Gausa Rull, Cols, Gorina y otros muchos. Cerró el acto el decano de la Facultad, profesor Sánchez Lucas.

EL DR. F. ZUBIRI, EN LA ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta asociación celebró sesión literaria el día 10 de mayo, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, en la que pronunció una conferencia el doctor don Fernando Zubiri Vidal, jefe del Departamento de P. y P. de la S.E.M.A., de la Institución «Fernando el Católico», de Zaragoza, sobre el tema «La peste del año 1652 en Zaragoza. Estudio histórico y consideraciones médicas.»

Fue presentado por el doctor Fernán Pérez, y le contestó en nombre de la sociedad el doctor Blanco Soler.

Por la noche fue obsequiado con una cena por los miembros de dicha asociación.

INGRESO DEL DR. MEZQUITA EN LA REAL ACADEMIA

En Madrid ha tenido lugar la solemne recepción académica del doctor Daniel Mezquita, recientemente designado para ocupar una de las vacantes. Su discurso versó sobre «La vida de los huesos», contestándole, en nombre de la Corporación, el doctor Valentín Matilla, secretario perpetuo de esa Academia Nacional.

CONCURSO DE PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE GRANADA

Esta Real Academia ha acordado convocar concurso de premios sobre los siguientes temas:

1.º «Histofisiología de la corteza suprarrenal.» Se concederá un premio de mil quinientas pesetas a la memoria que resulte galardonada.

2.º «Geografía médica de un pueblo de la provincia de Granada.» Se exceptúan Aldeire, Alquife, Algarinejo, Lanjarón, La Calahorra, Loja, Montefrío, Motril, Santafé y Vélez Benaudalla, por estar hechas sus respectivas geografías.

A la memoria galardonada se le concederá un premio de mil pesetas de la Excma. Diputación Provincial de Granada.

3.º «Geografía médica de un pueblo de la provincia de Málaga.» Se exceptúan Coín, Fuengirola y Marbella por estar también hechas sus respectivas geografías.

A la memoria galardonada se le concederá un premio de mil pesetas de la Excma. Diputación Provncial de Málaga.

El plazo de presentación de los trabajos terminará el día 30 de noviembre de 1960.

FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor don **Juan Luis Morales**, que acaba de ingresar brillantemente en la Real Academia de Medicina de Sevilla, pronunciando un excelente discurso sobre «El momento actual de la Pediatría en el mundo».



El doctor don **Francisco Luque Beltrán**, destacado ginecólogo, que acaba de cumplir sus Bodas de Oro profesionales, y a quien con este motivo se trata de rendir un cordialísimo y merecido homenaje.



El ilustre doctor don **Antonio Martín Calderín**, catedrático y jefe de los Servicios de Otorrinolaringología del Hospital de Madrid, que, invitado por nuestra Real Academia, pronunció una magnífica conferencia.

NECROLOGÍA

EL DR. CIFUENTES

No atenuado todavía el dolor de la ciencia española por el fallecimiento de don Gregorio Marañón, la cuchilla de la muerte priva a la Medicina nacional de otra figura eminente, el doctor don Pedro Cifuentes y Díaz, urólogo de fama universal y maestro de varias promociones de reputados especialistas en las diversas clínicas hospitalarias de Madrid, ciudad en la que cursó toda su carrera y ejerció su profesión durante más de medio siglo.



Nació en Torrijos (Toledo), en 1880; contaba, por tanto, una edad próxima a los ochenta años. Cursó su carrera en Madrid, terminando el año 1902 con premio extraordinario y doctorándose en 1906 con la calificación de sobresaliente, siendo su tesis doctoral «Consideraciones sobre nefroptosis y su tratamiento».

En 1903 hizo oposiciones a la Beneficencia General del Estado (Hospital de la Princesa), obteniendo plaza con el número dos, siendo agregado a los Servicios de Cirugía de dicho hospital.

Después de dedicarse algunos años a la Cirugía general, el doctor Cifuentes se consagró a la Urología, en la que pronto obtendría señalados triunfos, que destacaron su personalidad, no sólo en España, sino también en el extranjero. Las sociedades urológicas de numerosos países europeos y americanos le nombraron miembro de honor, escuchándose con gan interés sus comunicaciones académicas y estudiándose sus importantes trabajos.

Por iniciativa del ilustre médico se inició la construcción del gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, de Madrid, el más moderno y mejor dotado de su género en España, con cabida para un millar de enfermos.

Fue el primer urólogo español que fue designado ponente de la Sociedad Internacional de Urología, actuando en el Congreso de Roma de 1918.

Fue presidente de la Sociedad Médico-Quirúrgica española e ingresó como académico de número en la Academia Nacional de Medicina en 1929.

Era decano-jefe honorario de la Beneficencia Provincial, poseyendo la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, la de Isabel la Católica, la del Mérito Naval y la portuguesa de la Cruz de Santiago da Espada. Fue presidente de la Asociación Española de Urología.

Su producción científica ha sido grande, rebasando sus publicaciones de ciento cincuenta, algunas muy notables. Fue de los iniciadores de esta revista, en la que colaboró mucho, uniéndole a mi padre una gran amistad.

En su entierro, junto a las más relevantes figuras de la Medicina y la intelectualidad, se sumó también, como hace poco en el de Marañón, una muchedumbre anónima y emocionada, que rendía su último homenaje a quien tantas vidas salvó y tantos dolores supo aliviar con su prodigiosa técnica operatoria y su concepto cristiano y humanísimo de la Medicina.

Transmitimos a su hijo, doctor don Luis Cifuentes Delatte, su más directo y leal colaborador, nuestro sincero sentimiento de dolor por la pérdida de tan relevante personalidad.

R. H. L.

NOMBRAMIENTO

En Barcelona ha sido designado como director del dispensario del Servicio de Urología, el doctor don Pedro Gausa Rull.

JUBILACIÓN DEL DR. JIMÉNEZ GUINEA

Después de cincuenta y tres años de prestar sus servicios en la Beneficencia Provincial, ha sido jubilado por haber cumplido la edad reglamentaria, el doctor don Luis Jiménez-Guinea. El diputado visitador del Hospital Provncial, señor Moreno Ruiz, propuso que se nombrase a nuestra relevante figura médica, «Profesor Emérituss», petición que, según el doctor Pombo Angulo, había sido ya expresada por las comisiones de Beneficencia y Sanidad. Se acordó, pues, unánimemente, otorgar tan honrosa distinción al recién jubilado, como premio a la meritísima labor desarrollada durante sus largos años de servicio.

INSTITUTO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA STA. CRUZ Y SAN PABLO

Durante los días del 25 al 30 de abril ha tenido lugar en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, el XXII Curso Monográfico para Postgraduados, que versó sobre «Novedades en Urología». En las tareas del curso, dirigido por el doctor Puigvert, participaron los médicos del Instituto, con la colaboración de los profesores Dufour y Noix, de París, y el doctor Azagra, de Sevilla, invitados especialmente al mismo.

La intensiva labor desarrollada en dichos días congregó numerosos cursillistas nacionales y extranjeros, que vieron solicitada su atención diariamente por conferencias, sesiones clínicas y proyección de películas operatorias.

Particular interés despertaron las técnicas desarrolladas en las sesiones quirúrgicas, en las que se totalizaron veintidós intervenciones durante los seis días del curso.

Entre las películas proyectadas, llamaron poderosamente la atención las del doctor Noix, de París, sobre «Radiocinematografía urinaria», presentadas por primera vez en España, y la del doctor Dufour, de París, sobre «Cistoscopia».

Al finalizar el curso y recibir diplomas acreditativos de su participación, los numerosos asistentes expresaron su complacencia por la fructífera labor realizada durante el mismo, encomiando la organización e instalaciones del prestigioso Centro asistencial y docente.

CONGRESOS

IV REUNIÓN DE LOS GINECÓLOGOS ESPAÑOLES

Los días 28 de septiembre a 1 de octubre de 1960, tendrá lugar en Madrid la reunión conjunta de la Sociedad Ginecológica Española y de la Sociedad Española para el Estudio de la Esterilidad.

El comité local del congreso lo forman:

Presidente: profesor J. Botella Llusiá; vicepresidente: doctor E. Parache Guillén; secretario general: doctor F. Orengo; secretario de actas: doctor J. M. Trincado; tesorero: doctor E. Vilar; publicista: señor J. Saro; vocales: profesor L. Agüero, doctores J. Gálvez Ruiz, J. S. Harguindey, J. Iglesias, L. López de la Osa, M. M. Mendizábal, A. Pereira, E. Recasens, profesor A. Sánchez López, doctores J. R. del Sol, A. Sopeña y M. Varela.

Programa científico.—Día 29 de septiembre: Ponencia: «Influencia del factor social y de la conducta obstétrica sobre la mortalidad perinatal». Discusión general. Mesa redonda de discusión sobre «Mortalidad perinatal, influencia del factor social y del criterio obstétrico». Formarán parte de la Mesa las siguientes personalidades: profesores Botella, Bedoya, Agüero y Novo, y los doctores Dexeus, Vanrell, L. Abad Colomer, J. L. Oliva, A. Pereira, M. Martínez Fernández, E. Parache, L. López de la Osa, F. Orengo, A. Sopeña y C. Botella.

Día 30 de septiembre: Ponencia: «Patología benigna del cervix». Discusión general. Mesa redonda de discusión sobre la «Patología benigna del cervix». Formarán parte de la Mesa todos los ponentes y discusores oficiales. Actuará como coordinador el doctor A. Sopeña.

Día 1 de octubre: Ponencia: «Tratamiento de la obstrucción tubárica». Junta general extraordinaria de la Sociedad Ginecológica Española. Comunicaciones afines a la ponencia. Discusión general. Mesa redonda de discusión sobre el «Tratamiento de la obstrucción tubárica».

La cuota de inscripción es de 750 pesetas para los miembros congresistas numerarios, y de 500 pesetas para los congresistas agregados. Para los socios de la Sociedad Ginecológica Española y de la Sociedad Española para el Estudio de la Esterilidad, la cuota será de 650 pesetas.

Las inscripciones deberán dirigirse a la secretaría general: Villanueva, 11, Madrid (1), antes del día 1 de septiembre de 1960. Después de esa fecha, se admitirán con multa de 100 pesetas por persona.

La reunión empezará el día 28, miércoles, por la tarde, tomando contacto los congresistas, recogiendo sus documentaciones e insignias, pronunciándose los discursos preliminares y de bienvenida, visitando las instalaciones de la exposición de productos médicos-farmacéuticos y de libros, y brindando, finalmente, por el éxito de la reunión. En principio, ésta se celebrará en la Facultad de Medicina de la Ciudad Universitaria.

X CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA

La Asociación de Pediatras Españoles organiza el X Congreso Nacional de Pediatría, que se celebrará en Madrid durante los días 24 al 27 de octubre de 1960.

Los estudios y trabajos del congreso se centrarán en los temas siguientes: «Patología del recién nacido», «Tumores infantiles» y «Hospitales infantiles».

El comité ejecutivo del congreso está constituído en la forma siguiente:

Presidente, doctor Juan Bosch Marín; vicepresidente, doctor Ciriaco Laguna Serrano; secretario, doctor Luis Navas Migueloa; secretario adjunto, doctor Angel Crespo Santillana; vocales, doctores Manuel Blanco Otero, Julio Monereo, Manuel Sánchez Puelles, Juan Garrido-Lestache Cabrera, J. Matos Aguilar, J. Rodríguez de Alarcón, M. Vallejo Vallejo y A. Valls.

Los trabajos del congreso se desarrollarán con arreglo al siguiente programa:

Primera ponencia: «Problemas perinatales». Presidente de mesa, profesor T. Sala; relator, profesor Antonio Galdó. Comunicaciones: «Estados neonatales, valoración y clasificación», profesor Galdó; «Mortalidad perinatal en nuestra demografía, doctor Arbelo; «Causas de mortalidad perinatal», doctor Carlos Botella, profesor José Botella y doctor Heredia Martínez; «Etiología de las malformaciones congénitas», doctor F. Sancho; «Malformaciones esófago-diafragmáticas», doctor Monereo; «Clínica de la obstrucción intestinal en el recién nacido», doctor Garrido-Lestache Cabrera; «Malformaciones pelvi-perineales», doctores Picañol y Claret; «Anemias del prematuro», doctor Boix Barrios; «Alimentación del prematuro», doctores Aldecoa y Azpiazu.

Segunda ponencia: «Tumoraciones en la infancia». Presidente de mesa, profesor P. Martínez García; relator, profesor C. Laguna. Comunicaciones: «Clínica de los procesos tumorales del tórax», doctor Sánchez Villares; «Tumoraciones abdominales», profesor Laguna y doctores Valls, Casado y G. Guijarro; «Tumoraciones renales», profesor De la Peña; «Teratomas sacrocoxígeos», doctor Gubern; «Clínica y tratamiento de los tumores encefálicos de la infancia», doctores Peña Guitián y Obrador Alcalde; «Tumores óseos en la infancia», doctor Miguel Ferrer; «Leucemias en la infancia», doctor Torres Marty.

Tercera ponencia: «El hospital infantil como centro sanitario-social». Presidente de mesa, profesor J. García Orcoyen; relatores, doctores A. Lorente Sanz y M. Blanco Otero. Comunicaciones: «Estructura física y funcional del hospital infantil», doctor Selfa; «Rendimiento del hospital infantil», doctor Aragó; «El servicio social en el hospital infantil», doctor Zamora; «La hospitalización en el SOE», doctor Carlos Bardají; «Organización y funcionamiento de un Centro de prematuros», doctores Navas Migueloa y Vallejo Vallejo; «La hospitalización del niño abandonado», doctor Juan Antonio Alonso Muñoyerro.

En mesa redonda, presidida por el profesor M. Suárez, se estudiará el tema «Anoxia y reanimación del recién nacido».

Varias personalidades nacionales y extranjeras pronunciarán interesantes conferencias sobre temas de la especialidad. También se organizarán visitas a centros y entidades infantiles durante los días del congreso.

Toda la correspondencia relacionada con el congreso debe dirigirse a la secretaría del mismo, Plaza de España, 17, Madrid (13).

VIII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE NEUROPSIQUIATRÍA INFANTIL

Tendrá lugar en Granada, los días 21 y 22 de mayo de 1960, con el siguiente avance de programa:

Día 21 de mayo: Solemne sesión inaugural en el aula magna de la Facultad de Medicina. Copa de vino español en los salones del decanato de la Facultad de Medicina. Lectura de la primera ponencia: «Bases de la salud mental del niño», por el doctor Luis Folch Camarasa (Barcelona). A continuación, discusión de la misma y lectura de comunicaciones. Fiesta andaluza ofrecida por el Excelentísimo Ayuntamiento.

Día 22: Lectura de la segunda ponencia: «Bases de la salud mental del niño», por la doctora María Jesús Pertejo (Valencia). Seguidamente, discusión de la misma y lectura de comunicaciones. Recepción ofrecida por la Excma. Diputación Provincial. Visita a los monumentos artísticos de la ciudad. Reunión de la Sociedad de Neuropsiquiatría Infantil. Cena de confraternidad.

Las comunicaciones presentadas a esta reunión han de versar sobre el mismo tema que las ponencias, y deben ser remitidas al señor secretario del comité local orgnizador, doctor Manuel García Sánchez, Hospital de la Virgen.

ANTE EL III CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REHABILITACIÓN

Continúan con excelentes auspicios las tareas de preparación de este magno certamen, que tendrá lugar en Oviedo durante los próximos días del 7 al 10 de julio, bajo la presidencia de honor del Jefe del Estado.

Son numerosísimas las inscripciones efectuadas, y hemos recibido un amplio avance del programa científico y actos sociales que van a realizarse, y que prometen una gran brillantez. Cuantos todavía no lo hayan hecho, deben apresurarse a formalizar su inscripción en la secretaría general del congreso, instalada en el Palacio de la Excelentísima Diputación Provincial.

CAPÍTULO CANARIO DEL «AMERICAN COLLEGE OF THE CHEST PHYSICIANS»

El Capítulo Canario del «American College of the Chest Physicians» invita a la reunión que se celebrará en Arrecife (Lanzarote), los días 3 y 4 de junio de 1960, con arreglo al siguiente programa:

«Cardiopatías congénitas».—Ponentes: doctor A. Méndez de Lugo y Salazar y doctor J. R. Pérez García, «Clínica de las cardiopatías con-

génitas»; doctor F. Pérez y Pérez y doctor Raúl Capote Rodríguez, «Cirugía de las cardiopatías congénitas».

«Tratamiento de la crisis asmática».—Será discutido en mesa redonda, actuando de moderador el doctor don J. Pérez y Pérez.

Comunicaciones libres.

CURSOS

CURSO DE VERANO 1960 SOBRE CANCEROLOGÍA

Organizado por los doctores J. Calvo Melendro y J. Sala de Pablo, bajo los auspicios de la Asociación Española de la Lucha contra el Cáncer, y con la colaboración de la Jefatura Provincial de Sanidad de Soria, tendrá lugar durante los meses de julio y agosto, con la colaboración de eminentes especialistas y con arreglo al siguiente programa:

1.ª Día 7 de julio: doctor don Narciso de Fuentes, jefe de Sanidad de Soria, apertura del ciclo de conferencias; Excmo. Sr. don José Biosca, secretario general de la Lucha, «Organización de la lucha española contra el cáncer»; doctor Pérez Modrego, «Isótopos radiactivos».

2.ª Día 14 de julio: doctor don Plácido González Duarte, «Cáncer de pulmón»; doctor don Sixto Obrador Alcalde, «Tumores cerebrales».

3.ª Día 21 de julio: profesor José Botella Llusiá, «Nuevas orientaciones en el diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer uterino»; profesor Eusebio Oliver Pascual, «Cáncer del páncreas».

4.ª Día 28 de julio: doctor don Luis Cifuentes Delatte, «Cáncer de la vejiga y de la próstata»; doctor don José Parra Lázaro, «Trasplantes de médula, injerto de riñón y otros tejidos en el tratamiento de la hemoblastosis».

5.ª Día 4 de agosto: doctor González Bueno, «Cáncer del recto y sigmoides»; doctor Arias Vallejo, «Cáncer gástrico».

6.ª Día 11 de agosto: profesor doctor Carlos Gil y Gil, «Indicaciones rediológicas generales en el tratamiento de los tumores malignos y resultados»; profesor Gómez Orbaneja, «Cáncer cutáneo».

7.ª Día 18 de agosto: doctor J. Sala de Pablo, «Cáncer de mama»; doctor Calvo Melendro, «Visión de conjunto del momento actual de la Oncología».

ESCUELA DE CARDIOANGIOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Bajo la dirección del profesor J. Gibert-Queraltó, se celebrará un curso sobre «Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de las coronarias», del 2 al 14 de mayo, con otras conferencias extraordinarias.

Al final del curso se concederá un diploma a los inscritos. El número máximo de asistentes será de veinte, y los derechos de inscripción, de ochocientas pesetas. Las peticiones deben dirigirse al secretario de la Escuela, doctor M. Torner Soler, Facultad de Medicina, Casanova, 143, Barcelona.

CURSO SOBRE ASMA Y ENFERMEDADES ALÉRGICAS

Se celebrará este curso en Madrid, del 13 de junio al 9 de julio del presente año, patrocinado por la Sociedad Española de Alergia y bajo la dirección del profesor C. Jiménez Díaz y los doctores Lahoz Marqués, Lahoz Navarro y Alés.

Diariamente se dará una conferencia sobre los temas fundamentales de la especialidad, con arreglo al programa establecido.

Las solicitudes de inscripción se dirigirán a la secretaría del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, avda. de los Reyes Católicos, 2, Ciudad Universitaria. Madrid.

INAUGURACIÓN DEL CURSO SOBRE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO, EN EL S.O.E.

En el Ambulatorio Hermanos Aznar, del Instituto Nacional de Previsión, tuvo lugar, bajo la presidencia del subdelegado de los servicios sanitarios, doctor Aliseda, la inauguración del curso para médicos que, sobre «Enfermedades del aparato digestivo», dirigirá durante un mes el doctor Arias Vallejo.

Habló en primer lugar el doctor Camón Gironza, director del ambulatorio, destacando la importancia de esta labor didáctica, iniciada el pasado año en el Seguro de Enfermedad, plenamente capacitado para ello por su organización y sus características.

El doctor Arias Vallejo expuso a continuación la primera lección del curso, haciendo en ella una magnífica revisión crítica de los problemas actuales de la especialización médica.

Cerró la sesión el doctor Aliseda, haciendo el panegírico de estas enseñanzas, las cuales pueden constituir un complemento y una colaboración a las tareas de nuestras Facultades de Medicina.

Asistieron a la sesión numerosos médicos madrileños, entre los que se encontraban los doctores Mógena, Gutiérrez Arrese, Viesca, González Bueno, Jimena, Torres González, Vega Díaz, Espinosa, Calderón, Amo Galán, García Ayuso Madinaveitia y Jáuregui.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

JUBILACIÓN DEL PROFESOR FREITAS SIMÕES

Por alcanzar el límite de edad reglamentaria, ha cesado en sus funciones de director clínico del Hospital Santa María, el profesor Fernando Freitas Simões, tan querido y admirado por los médicos españoles, con los que ha tenido siempre tanto contacto.

Con este motivo fue objeto de un cordial homenaje en el aula de Ginecología de la Facultad de Lisboa, en donde desde el año 1943 ejercía su cargo docente, además del de director clínico del establecimiento antes mencionado. El acto fue presidido por el profesor Gonçalves de Azevedo, catedrático de Ginecología de Porto, interviniendo el profesor Pedro da Cunha, Castro Caldas y otros, descubriéndose una lápida que señala su paso por la cátedra y entregándole un volumen con trabajos y otros recuerdos y obsequios. El profesor Freitas, visiblemente conmovido, agradeció el homenaje e hizo un recuerdo a sus maestros y colaboradores.

SE HA AISLADO EL VIRUS DEL TRACOMA

Los trabajos iniciados en 1957 en Pekín por el doctor Tang, que aisló un virus de algunos pacientes, se han visto actualmente confirmados por el aislamiento de otro virus idéntico en el Africa occidental, que cultivado en el Instituto Lister, de Londres, por Duke Elder, e inoculado a sujetos voluntarios, reproduce completamente la afección. Este positivo resultado abre nuevos horizontes en la lucha contra esta enfermedad, ampliamente difundida en el mundo y que según datos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) afecta a cuatrocientos millones de pacientes, sobre todo en Extremo Oriente, China, Japón, India, Yugoeslavia y Africa del Sur.

MEDALLA DE ORO AL PROF. RE

Con ocasión de la asamblea general ordinaria de los miembros del Hospital María Victoria, de Turín, le fue impuesta al profesor Carlo Re la Medalla de Oro del Mérito, por los servicios llevados a cabo en ese Centro al frente del Servicio de Ortopedia y Traumatología, que ha dirigido con gran competencia y en los que acaba de cumplir sus Bodas de Plata.

HOMENAJE AL PROF. MARTIUS

Con motivo de cumplir su setenta y cinco aniversario el profesor Heinrichs Martius, que tan brillantemente ha desempeñado la cátedra de la Universidad de Göttingen, ha sido objeto de un merecido homenaje, concediéndosele la Medalla Alberto von Haller.

CONGRESO INTERNACIONAL DE HISTOQUÍMICA Y CITOQUÍMICA

Durante los días 28 de agosto al 3 de septiembre, tendrá lugar en París el I Congreso Internacional de Histoquímica y de Citoquímica, bajo la presidencia del profesor Jean Verne.

Las mañanas se dedicarán a las ponencias generales sobre problemas de física y química; por las tardes, las comunicaciones y coloquios.

La inscripción es de veinticinco dólares para los miembros titulares y de veinte para los agregados.

Toda la correspondencia relativa al congreso se dirigirá al doctor R. Wegmann, Institut d' Histochimie Medicale, 45, Rue des Saintes-Pères. Paris, VI. France.

CONFRATERNIDAD HISPANO-FRANCESA ENTRE OTORRINOLARINGÓLOGOS

El próxmo mes de junio se celebrará la reunión conjunta anual entre nuestra Asociación de Otorrinolaringología y la Societe d'Oto-rhino-laryngologie de Bordeaux et du Sud-Ouest. La reunión tendrá lugar en la ciudad de Gerona los días 18 y 19 del citado mes de junio. Las sesiones científicas se celebrarán el sábado día 18, a partir de las once de la mañana y por la tarde a partir de las dieciséis horas. Por la noche del mismo día habrá cena-baile en un restaurante de las afueras de la ciudad. El domingo día 19, a las diez, visitarán los monumentos de Gerona, a cuya visita seguirá una excursión al Condado de San Jorge (Costa Brava), donde tendrá lugar una comida de confraternidad.

Para inscripción y reserva de hotel, deben dirigirse al doctor Agustín Ordís, calle General Primo de Rivera, 35, teléfono 2450, Gerona. Los títulos de las comunicaciones pueden dirigirse antes del 15 de mayo al doctor Capellá, avenida Generalísimo Franco, 436, entresuelo, Barcelona.

SOCIEDAD DE ESTUDIOS DE MOZAMBIQUE

En el próximo septiembre cumple esta sociedad sus treinta años de existencia. Fue fundada en 1930, con el fin de contribuir al desenvolvimiento intelectual y científico de los habitantes de la provincia portuguesa de Mozambique. Aparte sus fines científicos y culturales, posee una gran biblioteca con más de

veinte mil volúmenes, y publica un boletín de divulgación científica que se distribuye gratuitamente a sus cuatrocientos miembros y a las entidades oficiales.

Las entidades y simpatizantes que deseen sumarse a la celebración de su aniversario, pueden dirigir a esta entidad su saludo o mensaje, que será leído en la sesión proyectada para esa fecha.

SE CELEBRA ESTE AÑO EL V CENTENARIO DE LA UNIVERSIDAD DE BASILEA

Esta prestigiosa Universidad, la más popular de Suiza, celebra en este mes el V centenario de su fundación.

Su creación se debe al Papa Pío II (Silvio Piccolomini), y tuvo épocas de gran esplendor, habiendo enseñado o pasado por ella figuras brillantes e investigadores destacados.

Una peculiaridad característica de esta Universidad es su íntima compenetración con los habitantes de la ciudad. Fundada por las clases intelectuales de hace quinientos años, se ha sostenido por el cariño, por la gallardía y generosidad de sus habitantes. Incluso hoy, no cuenta esta Universidad con los abundantes recursos de todo un país, sino tan sólo con el presupuesto de una ciudad relativamente pequeña —de unos 200.000 habitantes— pero que siente el florecer de este Centro Superior como su anhelo personal más preciado.

DISMINUCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Según las estadísticas publicadas por el Registro General de Enfermedades Contagiosas, el invierno en la Gran Bretaña ha sido excepcionalmente saludable y se han presentado menos casos de gripe, pulmonía y bronquitis. La Gran Bretaña se ha visto, comparativamente, libre de la epidemia de gripe que azotó a Estados Unidos y a la Europa continental. Los fallecimientos ocurridos en la tercera semana del mes de febrero alcanzaron sólo a cuarenta y ocho, en comparación con ciento catorce ocurridos en la misma semana del año anterior.

NECROLOGÍA

ERNESTO PICK

En New York falleció el insigne farmacólogo profesor **Ernesto Pick**, profesor del Instituto de Farmacología de Viena.

EL PROF. SÉDALLIAN

En Lyon, donde desempeñaba la cátedra de Microbiología y Enfermedad Infecciosas, ha fallecido el profesor **Paul Sédallian**, a los sesenta y seis años de edad. Era vicepresidente de la «Sociedad internacional para el estudio de las enfermedades infecciosas y parasitarias», vicepresiente de la «Sociedad francesa de Biología», y persona muy apreciada por su capacidad y por las obras publicadas.

EL PROF. RANKE

A los sesenta años ha fallecido el profesor **Otto Friedrich Ranke**, encargado de la cátedra de Fisiología d ela Universidad de Erlangen. Su desaparición constituye una gran pérdida para la Medicina alemana.

EL DR. L. RADCLIFFE GROTE

Ha fallecido el doctor **Louis Radcliffe**, presidente general del «Europaeum Menicum Collegium». Nacido en Bremen en 1886, se licenció en Berlín. Fue después profesor en Halle, con Volhard, y más tarde en Dresden, sucediendo en 1933 a Von Noorden, en Frankfurt.

Ha trabajado mucho en el campo del metabolismo, principalmente en diabetes, enfermedades gastro-entéricas y patología constitucional. Desde 1958 era presidente del «Europaeum Medicum Collegium», participando en numerosos congresos y reuniones médicas.

EL PROF. AFRICO SERRA

En Bolonia, donde ejercía, ha fallecido el profesor **Africo Serra**, notable cirujano especializado en Ortopedia y Traumatología y autor de varias obras, entre ellas un «Tratado de diagnóstico y de técnica de los tumores cerebrales». Perteneció al Instituto Rizzoli y dirigió el Hospital San Vito, de Turín, desde donde pasó al Hospital de Traumatología de Bolonia.

EL DR. ARCHIBALD MAC INDOE

A los cincuenta y nueve años ha muerto, súbitamente, durante la noche, en su casa de Hyde Park Gate, el doctor **Mac Indoe**, el mejor cirujano plástico que tenía Inglaterra y uno de los más expertos del mundo. Sus operaciones admirables le habían dado un renombre universal, y se cuentan por millares los soldados y niños por él atendidos durante la segunda guerra mundial.

EMMA OLIARO

Ha fallecido, tras breve enfermedad, la señora **Emma Oliaro**, esposa del doctor Guglielmo Oliaro, uno de los fundadores y directores de la popular revista italiana «Minerva Medica». Persona muy afable y de gran distinción y simpatía, será recordada siempre con estima por quienes tuvimos oportunidad de conocerle y tratarle. A sus familiares y a toda la gran familia de esta popularísima revista, enviamos nuestra sincera condolencia.

ZARAGOZA, 15 JUNIO 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

NOTABLE SERIE DE CONFERENCIAS EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

Esta etapa final de curso se ha caracterizado por una brillante serie de conferencias, en la que han desfilado por su tribuna prestigiosas figuras en el campo de la Medicina nacional.

El día 20 de mayo, el doctor Garrido Lestache, decano del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, pronunció su conferencia sobre «Comentarios sobre la hernia diafragmática en la edad infantil».

Bajo la presidencia del doctor Oliver, hizo la presentación del conferenciante el doctor don Antero Noailles, vicepresidente de la Real Academia, quien trazó la semblanza del doctor Garrido Lestache como gran figura de la Medicina infantil española, decano del Hospital del Niño Jesús, de Madrid, y jefe del Servicio de Cirugía infantil y presidente de la Asociación Española de Cirujanos de la Infancia, que venía a exponer su gran experiencia.

Las primeras palabras del conferenciante fueron para agradecer a la Real Academia la invitación hecha, y como recuerdo al profesor Lozano, con motivo del veinticinco aniversario de su fallecimiento.

Estudia las hernias diafragmáticas desde el momento de su iniciación. Hace ver su división en congénitas y traumáticas, y que estas últimas en la edad infantil son excepcionales. Se ocupa de las congénitas y estudia la iniciación en la época embrionaria, explicando el por qué de la producción de las mismas.

Da a conocer su sintomatología y al tratar de los vómitos en el lactante, hace ver la importancia que tiene el diagnóstico diferencial de éstos, haciendo un diagnóstico entre las dispepsias del lactante, las atrepsias del esófago y las hernias diafragmáticas.

Después hace un estudio de la región cardioesofágica, explicando cómo las hernias diafragmáticas se producen con más frecuencia en esa región cardioesofágica.

Expone un gran número de radiografías, muy demostrativas, para hacer ver la importancia que para el diagnóstico tiene el estudio radiográfico de estos enfermos.

Por último se ocupa del tratamiento, que en los casos graves, con mal estado de nutrición y con hemorragias frecuentes, no puede ser más que quirúrgico.

Termina haciendo ver la importancia que estos estudios tienen, y dando las gracias por la atención que le han prestado.

Al terminar el acto, el presidente de la Real Academia, don Francisco Oliver Rubio, agradeció en nombre de la misma, al doctor Garrido Lestache, las palabras que ha tenido para el doctor don Ricardo Lozano Monzón, y para los médicos aragoneses, y le felicitó cordialísimamente por su didáctica e interesante conferencia.

* * *

El día 23 de mayo se celebró una nueva sesión, para escuchar la palabra del doctor don Leopoldo Cortejoso y Villanueva, director del Sanatorio Antituberculoso de Valladolid y académico de la Real de Medicina de aquella capital, que disertó sobre el tema: «Aspectos psicosomáticos de la tuberculosis pulmonar».

Presidió el doctor Oliver Rubio, teniendo a su derecha al conferenciante y a la izquierda al vicepresidente, doctor Noailles, y al secretario, doctor Horno Liria.

Abierta la sesión, el presidente de la Academia, doctor Oliver, explicó la presencia del doctor Cortejoso como resultado del intercambio establecido recientemente entre las distintas Academias españolas para su mejor conocimiento, y le dedicó unas afectuosas palabras de felicitación y bienvenida.

Seguidamente, el doctor Horno Liria expresó su satisfacción personal al presentar al conferenciante, y trazó su semblanza como médico, escritor, literato y académico, exponiendo la relación de sus méritos y reiterándole la gratitud de la Academia por su colaboración en este acto.

A continuación, el doctor Cortejoso agradeció las palabras de los doctores Oliver y Horno, y dedicó un saludo a los médicos aragoneses, recordando cómo Castilla y Aragón fueron los verdaderos forjadores de la unidad de España.

Justifica el doctor Cortejoso la elección del

tema por la evolución histórica que la Medicina ha sufrido en los últimos decenios, teniendo en cuenta el aspecto psicológico de las enfermedades que ha determinado una visión más amplia y un rumbo más favorable en las posibilidades terapéuticas. Hecha esta justificación, el disertante analiza retrospectivamente la valoración psíquica en cuanto a la tuberculosis pulmonar, haciendo referencia especialmente a la afirmación de Laennec respecto a las llamadas «pasiones tristes» en el origen de la tuberculosis, y a trabajos de otros autores, entre ellos Sauebruch y Osler.

Estudia seguidamente las relaciones del psiquismo y la tuberculosis, distinguiendo a este propósito las tres facetas en que los estudios realizados hasta ahora se han fijado: la llamada «tuberculosis literaria», la tuberculosis real y la de experimentación en el terreno psicológico propiamente dicho. Entrando en lo más importante del tema, relata diversas observaciones psicosomáticas para centrar la intervención del factor psíquico en el conflicto como opresión, conflicto que puede estar en las condiciones dependientes del mismo individuo o en las relacionadas con el medio que le rodea. El medio en que viven actualmente nuestros tuberculosos, sobre todo el alojado en sanatorios populares y el que les envuelve en su vida económica y servil, puede ser —y de hecho lo es— un factor causal de primer orden, a través de la angustia vital.

El coloquio médico-enfermo debe ser el primer paso para descubrir la intimidad del enfermo hasta en sus más profundas raíces. Sin este coloquio —dejado inexplicablemente a un lado por la Medicina socializada— no es posible abarcar en toda su extensión la verdadera finalidad de la misión del tisiólogo. El tuberculoso no puede ser —dice el doctor Cortejoso— un hombre con los pulmones enfermos, y nada más que eso. Detrás de la historia clínica «aparente» hay otra historia clínica «oculta», más real y más verdadera. Sin descubrirla no se puede hacer una Medicina tisiológica humana y total.

Señala las posibilidades terapéuticas que el estudio psicosomático de los tuberculosos ofrece, para terminar afirmando que hay que hacer un verdadero culto de las sabias palabras del maestro de Cos: «El amor al hombre es la verdadera fuente del amor al arte».

Una calurosa ovación premió el magnífico trabajo y brillante disertación del doctor Cortejoso, que fue muy felicitado por los asistentes.

* * *

Finalmente, el día 1 de junio se reunió en sus locales la Real Academia de Medicina, para escuchar la autorizada palabra del doctor don Santiago Forteza, medico odontólogo y académico numerario de la Real Academia de Medicina de Palma de Mallorca.

Presidió la sesión el presidente de la Academia, doctor don Francisco Oliver, teniendo a su derecha en el estrado al doctor Noailles, vicepresidente de la entidad, y al conferenciante, doctor Forteza, y a su izquierda al doctor Pastor Botija, presidente del Colegio de Odontólogos, y al doctor Horno Liria, como secretario.

El doctor Oliver hizo un caluroso elogio y presentación del doctor Forteza como académico y secretario de la Real de Medicina de Palma, como diplomado en Sanidad y como profesor de sala, por oposición, de la Beneficencia Provincial de Zaragoza, y resaltó sus méritos como odontólogo y como capitán médico del Ejército del Aire.

El doctor Forteza abordó el tema de «La traumatología maxilo-facial en los accidentes de circulación». Comenzó felicitando a la Real Academia de Medicina de Zaragoza por su iniciativa de las reuniones entre todas las Reales Academias de Medicina de Distrito, que tuvieron lugar en Madrid el pasado año. Al mismo tiempo, transmitió un cordial saludo de la Real Academia de Medicina de Palma para ésta de Zaragoza.

Después abordó el tema de su conferencia, mencionando el incremento de este tipo de accidente y expresando en cifras de diferentes estadísticas nacionales y extranjeras referentes a la progresión ascendente del número de vehículos motorizados y del consiguiente aumento en el número de accidentes de carretera, de muertos y heridos y de víctimas en total; luego analizó la proporción de heridas de cara y fracturas de maxilar en estos accidentados y estudió el mecanismo de su producción, tanto en las colisiones automovilísticas como en las de moto y peatones.

Finalmente presentó una colección de diapositivas referentes a enfermos por él tratados afectos del tipo de lesiones descritas, dando a conocer su terapéutira ortopédica y quirúrgica.

El presidente, doctor Oliver, cerró el acto, agradeciendo su interesante lección de pericia y de ciencia, y dedicando un recuerdo alusivo al nexo histórico y tradicional existente entre Aragón y Mallorca.

Ambos oradores fueron aplaudidos por el numeroso y selecto público.

LA CRUZ ROJA CELEBRÓ EL «DÍA DE LA BANDERITA»

Como en otros años, la Cruz Roja zaragozana celebró el domingo día 5 el «Día de la Banderita», con gran brillantez, postulando en favor de la institución y consiguiendo una recaudación que puso de relieve la simpatía con que el público ve la labor prestada por sus afiliados en múltiples aspectos.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA (SECCIÓN DEL EBRO)

El día 20 de mayo, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos, pronunció una conferencia sobre el tema «El síndrome bociomastopatía-mioma-metropatía», el ilustre endocrinólogo de Bilbao, doctor don Mariano Alvarez Coca.

Ocupó la presidencia don Ricardo Horno Liria, acompañado por el doctor don Teógenes Marcos y por el secretario, doctor P. Ramón Abelló.

El doctor Horno hizo un cumplido elogio del conferenciante, dando cuenta de sus méritos y destacando su labor como jefe clínico del Servicio de Endocrinología del llorado doctor Marañón, dedicándole unas palabras de saludo y bienvenida.

El conferenciante, con estilo flúido y preciso, desarrolló con gran acierto el tema, dedicando, en primer lugar, un emocionado recuerdo al profesor Marañón.

Comenzó definiendo este síndrome como un cuadro clínico caracterizado por la agrupación de síntomas que suelen tener un mismo mecanismo patogénico motivado por causas productoras diferentes.

Analizó sus características sintomatológicas, y los cuadros habituales de presentación en solteras y en climatéricas, señalando que las formas clínicas según los casos, pueden tener una proyección principalmente ginecológica o médica.

Indica que el tratamiento requiere la estrecha colaboración entre el internista y el ginecólogo e irá fundamentalmente orientado a eliminar las distintas causas de hiperestronismo por una terapéutica médica o quirúrgica. Esta vigilancia es particularmente importante durante el climaterio.

Insistió el conferenciante en que este síndrome es muy frecuente y debe ser conocido por los médicos generales y por los ginecólogos, para llegar así a conseguir, mediante la eficaz colaboración, unos resultados brillantes.

Al final de su disertación fue premiado con numerosos aplausos.

Por la noche fue agasajado con un banquete por los ginecólogos zaragozanos.

* * *

Nuevamente esta Sociedad se reunió el día 8 del actual, para celebrar su sesión de clausura del curso 1959-1960, bajo la presidencia del doctor don Ricardo Horno Liria, acompañado del vicepresidente, doctor Jiménez, y del secretario, doctor Ramón Abelló.

Durante el acto, que tuvo una nutrida con-

CONFERENCIANTES ILUSTRES



El **doctor don Mariano Alvarez Coca**, notable endocrinólogo y publicista, que ha pronunciado dos interesantes conferencias, en la Sociedad Ginecológica Española (Sección Ebro) y en el Seminario del Hospital Militar.



El **doctor don Juan Garrido Lestache**, presidente de la Asociación de Cirujanos de la Infancia, que pronunció una conferencia en la Real Academia, sobre «Hernias diafragmáticas».



El **doctor don Leopoldo Cortejoso**, director del Sanatorio Antituberculoso de Valladolid, que dio una notable conferencia sobre el tema «Aspectos psicosomáticos de la tuberculosis pulmonar», en nuestra Real Academia.

currencia de médicos, pronunció una brillante conferencia el doctor don Ramón Delgado Serrano, sobre el tema «Manifestaciones dolorosas de origen sacro-lumbar en la gestación y parto; orientaciones terapéuticas», trabajo realizado en colaboración con el traumatólogo doctor don Enrique Jordá Serra.

En su exposición hacen, en primer lugar, un ligero esbozo de las manifestaciones clínicas que por influencia del embarazo y sus cambios metabólicos, endocrinos, etc., afectan a las articulaciones sacroilíacas y sínfises pubiana, constituyendo el síndrome de «artropatía gravídica», resaltando el olvido en este cuadro de la columna vertebral, sobre todo de la columna lumbar y articulación lumbosacra.

Estudian seguidamente los dolores naturales de la gestación, subdividiéndolos en anteriores (abdominopélvicos) y posteriores (sacrolumbares), haciendo un estudio etiológico y clínico de ellos, separando los posteriores en dos entidades diferentes. lumbalgia y lumbociática. Tratan a continuación de las ciáticas de origen neurítico y de las de origen discal, enfermedad no suficientemente estudiada en la gestante y que por su aparición no rara debe de ser tenida en consideración, opinando con Bastos y otros autores que muchas veces no son consecuencia de traumatismo o violencias, sino de aparición espontánea, siendo verdaderos quistes por licuación o reblandecimiento.

Finalmente, al tratar de la curación de estos procesos, recomiendan para la ciática neurítica la revisión de focos sépticos, las vitaminas B1, B6 y B12, más el piramidón. En las ciáticas de origen discal, el reposo absoluto en cama dura, calmantes y, si son de gran intensidad, la intervención quirúrgica.

El disertante, seguido con gran atención, fue objeto de prolongados aplausos. Seguidamente, el presidente felicitó al conferenciante y declaró clausurado el Curso 1959-60.

* * *

Después de la conferencia se celebró votación para elegir la nueva Junta que ha de regir durante otros dos años, expresando el presidente, doctor Horno, su deseo de ser reemplazado. Por votación fue elegida la siguiente Junta:

Presidente: doctor Luis Jiménez; vicepresidente: doctor Savirón Felíu; secretario: doctor Mariano Horno; y tesorero: doctor Martínez Bazán.

El nuevo presidente dedicó unas palabras de gratitud y de saludo, y el acto terminó con un voto de felicitación para la Junta saliente, por su brillante actuación durante su mandato.

Por la noche, en el «Restaurante Taf», se celebró el clásico banquete de confraternidad, que puso agradable fin a las tareas del curso.

SEMINARIO MÉDICO MILITAR DE LA QUINTA REGIÓN

El día 20 de mayo celebró sesión este Seminario, bajo la presidencia del inspector médico jefe de Sanidad de la Quinta Región, excelentísimo señor don José Salarrullana Alabart, haciendo uso de la palabra el doctor don Mariano Alvarez Coca, jefe clínico del Servicio de Endocrinología del profesor Marañón, disertando sobre «Los cuadros abdominales de origen endocrino y metabólico».

PROMOCION MEDICA DE 1906



Los médicos de la Promoción de 1906, a la salida de la Santa Capilla de Ntra. Sra. del Pilar, donde celebraron una misa en acción de gracias y en sufragio por los compañeros fallecidos. De derecha a izquierda: Doctores Sancho Millán, Justo Sesé, Martínez Mainar, Diego Burbano, Navarro Díez, Antero Noailles, Justo Rabinal, Manuel Roncalés, Mariano Nasarre, José Royo Sola y Luis Mundi.

HERMANDAD SANITARIA DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

El último domingo de mayo, y con motivo de la clausura del curso 1959-60, la Academia Deontológica celebró diversos actos religiosos y de confraternidad, finalizando con una interesante sesión en el salón de actos de la Real Academia de Medicina, en donde bajo la presidencia del doctor Azúa y con asistencia de las autoridades, se procedió, por el secretario doctor Rabadán, a hacer un resumen de las actividades desarrolladas en el presente curso.

A continuación, el profesor don José Escolar cerró el curso de conferencias, con una interesantísima sobre «El origen de la vida». Finalmente, terminada la brillante disertación del profesor Escolar, el doctor Azúa declaró clausurado el curso.

EL DR. MIDÓN LEYVA INGRESA EN EL CUERPO MÉDICO DE LA ASOCIACIÓN DE LA PRENSA

La Junta Directiva de la Asociación de la Prensa tomó el acuerdo de nombrar al doctor don Rafael Midón Leyva, especialista en Radiología del Cuerpo Médico de la entidad periodística, a fin de cubrir la vacante de su padre, recientemente fallecido, que durante muchos años desempeñó esta especialidad a plena satisfacción.

SECCIÓN DE ESTUDIOS MÉDICOS ARAGONESES

El día 17 de mayo, bajo la presidencia del ilustrísimo señor don Antonio Zubiri Vidal, presidente de la Excelentísima Diputación Provincial, tuvo lugar, en la sala de conferencias del Palacio Provincial, una sesión clínica, a cargo de los doctores don Emilio Mené y don Enrique Pelegrín.

Comenzó el doctor Mené, quien trató el tema «Achalasia de esófago», haciendo un estudio estiopatogénico, clínico, radiológico y terapéutico del proceso.

Seguidamente, el doctor Pelegrín expuso su trabajo «De la recuperación en la poliomielitis anterior aguda».

Los doctores Mené y Pelegrín, al finalizar, fueron muy aplaudidos y felicitados por sus magníficas disertaciones.

* * *

El día 19 se celebró una interesante sesión de cine médico, con los films en color: «Poliomielitis», «Grupos sanguíneos» y «Alveoloplastia para la extensión del reborde alveolar».

* * *

Nuevamente, el día 27 de mayo, tuvo lugar una interesante conferencia a cargo del doctor don Mario Castro Lloréns, jefe del Departa-

ACTUALIDAD LOCAL



El **doctor Noailles**, que ha sido nombrado Miembro de Honor de la Asociación Española de Cirujanos.



El **profesor Velázquez**, que ha sido nombrado Miembro de la Academa Nacional de Medicina de la República Argentina y Decano de la Facultad de Madrid.



Don Ricardo Horno, que ha sido designado por unanimidad, secretario general de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA LIQUIDACION, POR PROFESIONES, DE LA SECCION DE VEJEZ EN 1959

En el manejo constante de números y datos de la Mutualidad Sanitaria, vigilantes para conocer en todo momento su situación presente y efectiva, se practican estudios de los más variados aspectos sobre sus diversas secciones. Ahora, y como complemento de otros anteriores, se ha efectuado el correspondiente a la liquidación por profesiones de la Sección de Vejez, en 1959. Este ha servido para corroborar, en líneas generales, lo tan sabido del crecimiento de la longevidad humana; y de modo considerable.

Los cálculos actuariales efectuados en 1944, con la creación de la Sección, fueron hechos con cierta holgura y exceso previsor; holgura y exceso desaparecidos en la actualidad en el grupo I, por aquella causa. El efecto se nota más destacado por profesiones. El grupo profesional médico presenta un déficit en la relación cuotas-subsidios, de 43.329 pesetas, y el farmacéutico, de 87.915 pesetas; en tanto que el odontólogo continúa ofreciendo superávit. Los veterinarios no pueden tener en cuenta, por su reciente ingreso, prohibitivo reglamentariamente en cuanto a percepción de subsidios de vejez. También se demuestra en cifras que el mayor núcleo senil, en proporción a la cifra de inscritos, lo constituyen los farmacéuticos. El de los médicos es menor, cuando en realidad debiera ser a la inversa, porque en el momento de la fundación y en algunos jubileos ingresaron solamente médicos, debiendo ofrecer mayor coeficiente de senilidad. Luego la profesión farmacéutica es la más longeva de ambas y posiblemente entre todos los sanitarios, facultativos y auxiliares. En los odontólogos, el núcleo senil es relativamente pequeño; como profesión reciente, ingresaron muchos jóvenes. En su día, tanto éstos como los veterinarios, llegarán a la nivelación.

Pudiera asustar a muchos el déficit general del grupo I de la Sección, que asciende a 86.884 pesetas. De momento, no cabe preocupación alguna, ya que el Consejo de Administración de la Mutual ha adoptado las medidas procedentes (diferencias de rentabilidad, aplicación de las cuotas de ingreso en las demás Secciones, etc.); además de la nivelación conseguida por los intereses de las reservas establecidas.

En el grupo II de la Sección parece observarse idéntico fenómeno, ya que los farmacéuticos ofrecen muy poco superávit; posiblemente transformado en déficit en el presente ejercicio económico.

Los demás grupos no ofrecen nada de particular ni específico, desarrollándose con perfecta normalidad. El III y IV, con abono de subsidios, y los restantes formando sus reservas, por no haber alcanzado los inscritos edad suficiente para percepción de aquéllos.

El Montepío Nacional Veterinario está próximo a integrarse en Previsión Sanitaria Nacional, lo que producirá el ingreso en la Sección de crecido número de estos profesionales, pero precisará aguardar varios años para poder efectuar un estudio eficaz sobre su repercusión.

Un comentario más a la Sección de Vejez de nuestra Mutualidad Sanitaria, útil de difundir.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa.

---

mento de Cirugía cardíaca del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, quien trató el tema «Cirugía a corazón abierto bajo hipotermia».

* * *

Por último, el día 7 de junio, bajo la presidencia del doctor A. Zubiri Vidal, se celebró otra nueva sesión, en la que intervino el doctor don Francisco Romero, que trató el tema «Técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los quistes hidatídicos en Urología».

El doctor Romero expresó que la enfermedad hidatídica en sí es benigna, pero sus consecuencias en las localizaciones urológicas son graves, por su tendencia a limitar la función y destruir los órganos en que asienta. La hidatidosis sigue siendo una enfermedad parasitaria frecuente en Aragón, y concretamente sus localizaciones en aparato urinario.

A continuación expuso las técnicas para el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis, y sus diversas indicaciones y vías de acceso. Finalmente, se ocupó de otras localizaciones menos frecuentes en aparato urinario.

Con proyecciones presentó numerosas radiografías, fotografías y esquemas correspondientes a enfermos intervenidos con las técnicas propuestas, con importantes aportaciones personales.

EL DR. REY ARDID, EN LAS SESIONES CLÍNICAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA

El día 20 del pasado mayo, en la reunión celebrada con motivo de las sesiones clínicas de la Facultad de Medicina, el doctor don Ramón Rey Ardid presentó una interesante comunicación sobre «Consideraciones psicobiológicas sobre el miembro fantasma de los amputados», que fue muy aplaudida.

VIDA MEDICA NACIONAL

GALARDÓN AL DR. BOSCH MARÍN

Recientemente ha sido designado como Miembro de Honor de la Asociación Española de Cirujanos, el doctor don Juan Bosch Marín, jefe de los Servicios de Maternología y Puericultura del Estado.

EL DR. GONZÁLEZ BUENO, DECANO DE LA BENEFICENCIA PROVINCIAL DE MADRID

La Diputación Provincial ha designado decano del cuerpo médico de la Beneficencia Provincial de Madrid, al ilustre cirujano doctor don Carlos González Bueno.

El nuevo decano es consejero nacional de Sanidad y profesor del Hospital Provincial. Ha sido presidente del Colegio de Médicos de Madrid y presidente del Consejo General de Colegios Médicos.

EL INSTITUTO «GREGORIO MARAÑÓN»

El Consejo Superior de Investigaciones Científicas ha decidido unificar los Institutos de Metabolismo y Nutrición y Enzimología, con el Instituto de Endocrinología Experimental, denominándose desde ahora Instituto «Gregorio Marañón», en homenaje a la importantísima tarea investigadora que desplegó en ellos el ilustre doctor, recientemente fallecido.

Como director del Instituto ha sido nombrado el investigador profesor doctor don José Luis Rodríguez Candela.

CONFERENCIA DEL PROF. HERNANDO

En la Facultad de Medicina de Santiago ha pronunciado una magistral conferencia sobre el tema «Enfermedades debidas al progreso de la Medicina» el insigne profesor don Teófilo Hernando. Al acto asistieron destacadas personalidades de la vida médica, universitaria y académica.

DISTINCIÓN AL DR. GÓMEZ DURÁN

Por Su Santidad el Papa Juan XXIII, ha sido nombrado comendador de la Orden de San Gregorio Magno, el doctor don Manuel Gómez Durán, ilustre cirujano militar.

EL DR. DULANTO INGRESA EN LA REAL ACADEMIA DE GRANADA

El profesor don Felipe de Dulanto, catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Granada y jefe del Servicio de Cirugía Plástica de la Beneficencia Provincial, ha ingresado como académico de número en la Real Academia de Medicina de Granada. Su discurso de ingreso, que constituyó una brillante lección, versó sobre el tema «Biología de las heridas cutáneas. Histogénesis del proceso de reparación.» Le contestó el vicepresidente de la Academia y catedrático de Patología Quirúrgica, profesor Sánchez Cózar.

CLAUSURA DEL V CURSO DE PATOLOGÍA DIGESTIVA EN LA UNIVERSIDAD DE SANTIAGO

En la clausura del V Curso de Patología Digestiva celebrado en Santiago de Compostela, el doctor don Santiago Carro disertó acerca de «El problema de diagnóstico y del tratamiento de las úlceras gastroduodenales». El acto fue cerrado por unas brillantes palabras del rector de la Universidad, profesor Legaz y Lacambra.

NUEVO CATEDRÁTICO DE ANATOMÍA

El doctor don Antonio Pérez Casas ha obtenido, tras brillantes oposiciones, la cátedra de Anatomía y Técnica Anatómica de la Facultad de Medicina de Valladolid.

EL DR. BLANCO SOLER CLAUSURA LA ACADEMIA DEONTOLÓGICA

En el Colegio Oficial de Médicos de Madrid ha tenido lugar el acto de clausura del curso de la Academia Deontológica Medico-Farmacéutica; en él, el doctor don Carlos Blanco Soler disertó sobre el tema «Los honorarios médicos a través de la historia», siendo muy aplaudido.

NUEVO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DEL TRABAJO

En la última reunión celebrada en Madrid, en el Instituto Nacional de Medicina del Trabajo, fue elegido por unanimidad para la presidencia de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo, don Rafael Espinosa de los Monteros, profesor de aquella Escuela y figura relevante en esas materias.

CLAUSURA DEL CURSO EN EL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN, EN MADRID

Bajo la presidencia del subdelegado de Servicios Sanitarios del Instituto Nacional de Previsión, doctor don Daniel Aliseda, tuvo lugar el día 3 de junio pasado el acto de clausura del curso en el Servicio de Aparato Digestivo, que dirige el doctor Arias Vallejo en el Ambulatorio Hermanos Aznar, del Seguro de Enfermedad. Con el doctor Aliseda, ocuparon la presidencia el profesor Hernando, el doctor Mogena, presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva; el doctor Carro, vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina, y el doctor Camón Gironza, director del citado ambulatorio.

La última lección del curso fue explicada por el doctor González Bueno, decano de la Beneficencia Provincial de Madrid, el cual hizo una magnífica exposición de las posibilidades actuales de la cirugía del aparato digestivo.



El doctor Arias Vallejo

El doctor Arias Vallejo hizo a continuación un resumen del desarrollo de este curso, al cual han asistido numerosos médicos de las distintas provincias españolas y de algunos países hispanoamericanos.

Ha durado el curso intensivo de especialización, culminación y resumen del curso anual, que tiene lugar en el Servicio, cinco semanas, con un total de ciento dieciséis horas de trabajo. Han tomado parte en sus lecciones teóricas, por orden de programa, los profesores y doctores Arias Vallejo, Fernández Pleyán, Quadros Tejeiro, Sanz Ibáñez, Mogena, Gándara, Pallardo, Esteban Márquez, Marina Fiol, Estrada, Oliver Pascual, Múñiz, Hidalgo Huerta, Viesca, Dubarry, Marcos Pérez, Suárez Pintado, Oya Salgueiro, Hernando Romeo Orbegozo, Jimena, Gallego Tejedor, Gutiérrez Arrese, Monereo, Torres González, García Morán, Vega Díaz, Díaz Marín y González Bueno.

Las prácticas clínicas, radiológicas, endoscópicas y de laboratorio, han sido dirigidas por los doctores Espinosa Espinosa, Calderón Blanco, Amo Galán, García Ayuso, Barallobre Martínez, Zapata Aparicio, Galán Navarro, Tomás Buendía, Hernández Girón, Díaz Llanos, Fonseca Siosi, Marcos Robles, García Espina, Guede Sueiro y Lorente Díaz.

Terminada la disertación del doctor Arias Vallejo, se procedió a la entrega de los certificados de estudios a los médicos cursillitas, y en nombre de éstos dio las gracias, con muy bellas palabras, el doctor Vargas Peña, de El Salvador.

El doctor Camón Gironza, director del Ambulatorio, agradeció a todos su participación en las tareas, afirmando la posibilidad —demostrada en estos cursos— de que el Seguro de Enfermedad tome parte en la enseñanza médica de las especialidades que comprende.

El doctor Aliseda cerró el acto con un breve discurso, en el que hizo resaltar esta clase de actividades de investigación clínica en las que un trabajo de equipo hace posible el desarrollo de una moderna Medicina Social, que en nuestra Patria no tiene nada que envidiar a la que se realiza en otros países europeos.

DISTINCIÓN AL DR. VELÁZQUEZ

El profesor doctor B. Lorenzo Velázquez, catedrático de Farmacología de la Facultad de Madrid, acaba de recibir el título de académico extranjero de la Academia Nacional de Medicina de la República Argentina.

Este preciado galardón, que raramente es concedido, le ha sido otorgado por la labor cultural desarrollada en aquella República, donde realizó un ciclo de conferencias en diversos centros médicos.

Con este motivo y con el de su designación para el Decanato de la Facultad de Madrid, transmitimos al doctor Velázquez, que tantas simpatías cuenta en Zaragoza, la más sincera felicitación.

HOMENAJE A LA MEMORIA DEL PROF. MARAÑÓN, EN LISBOA

La Academia de Ciencias de Lisboa celebró el día 26 de mayo una sesión plenaria, bajo la presidencia del profesor Reynaldo dos Santos, dedicada enteramente a evocar la personalidad del doctor don Gregorio Marañón, como hombre de Ciencias y como hombre de Letras. En la presidencia figuraron, además del doctor Dos Santos, el profesor Ibáñez Martín, embajador de España; el profesor Anzalak, rector de la Universidad; y los profesores A. Ferreira y Pereira Forjaz, asistiendo también el profesor Pedro Calmon, rector de la Universidad del Brasil.

EL DR. SÁNCHEZ MOSQUERA

Falleció en La Coruña el **doctor don Manuel Sánchez Mosquera**, eminente médico oftalmólogo del S.O.E. y activo paladín en la defensa de los intereses de sus compañeros en sus problemas y aspiraciones. Ultimamente era presidente de la Junta Central de Médicos del Seguro Obligatorio de Enfermedad y miembro del Consejo General de Colegios Médicos de España. Por su actividad extraordinaria y por sus dotes de simpatía y cordialidad, su muerte ha puesto de relieve la gratitud y el afecto con que contaba entre los médicos españoles.

Clínica y Laboratorio

REVISTA ESPAÑOLA
DE CIENCIAS MÉDICAS

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



Tomo LXX *Año XLV*

ZARAGOZA

MCMLX

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

CRENOTERAPIA SULFUROSA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

POR EL

DR. JOSÉ R. MOZOTA SAGARDÍA

SANTANDER

REMEDIO utilizado desde hace miles de años, a él siguen acudiendo los enfermos buscando alivio para sus dolencias, cuando han fracasado los demás medios terapéuticos y quirúrgicos.

Muchos médicos directores de balnearios, que han estudiado los resultados clínicos obtenidos, que han analizado la acción farmacológica de los iones y demás componentes físico-químicos de las aguas mineromedicinales, han llegado a explicar las indicaciones precisas, las contraindicaciones que existen, ya que a veces un tratamiento hidromineral, en lugar de ser beneficioso, puede ser innocuo o contraproducente, o simplemente, ya no por la acción de las aguas, sino por el momento de sentar la indicación de cuándo ha de comenzar el tratamiento.

Es frecuente, en un paciente tratado con córticosteroides, la administración de ión potasio; es asimismo posible que a un enfermo que precise un tratamiento largo de sales potásicas se le presenten alteraciones cardíacas que requieran administración de sales de ión sódico; la administración de ión cálcico para diversas manifestaciones alérgicas, por afecciones ósteoarticulares, etc.; las alteraciones del sistema nervioso y su tratamiento por magnesio nos hacen valorar la importancia de los iones en diversos procesos. No hablamos ya de los oligoelementos, las llamadas vitaminas metálicas por WOLF y ELDBACHER, tan conocidos en la actualidad. Pero no queremos dejar de citar la importancia que el azufre tiene en tantos compuestos para desintoxicación, o protección hepática (tratamiento antitóxico de la acción de la estreptomicina con el B. A. L., que es un dimercaptopropanol, o de los aminoácidos, metionina y cisteína, etc.), azufre de ciertas sustancias antialérgicas etc.

Esto revaloriza de manera efectiva la acción que vemos diariamente al pie de la fuente mineromedicinal; y esto, a pesar de los que, desconociendo lo que nosotros vemos a diario, pretenden cubrir con sonrisa lo que su desconocimiento y orgullo quiere explicar por un reposo en cómodo hotel, los efectos de unas aguas y unos iones, que muchas veces prodigan por diversas vías de administración, pero que niegan, cuando con unas bases farmacodinámicas bien estudiadas y una observación de miles de años, se han comprobado en casos precisos y con indicaciones bien sentadas, como remedios utilísimos unas veces, como coadyuvantes a otros medios terapéuticos, en otras.

En primer lugar, las aguas del Balneario de la Fuente Santa, de Liérganes, tienen una composición química de 21'40 c. c. de SH_2 por litro, y 29'48 c. c. de N por litro; Cl Na, 1'1069 gramos por litro; ClK, 0'0431 gramos por litro; SO_4Ca, 1'7550 gramos por litro; SO_4K_2, 0'6236 por litro; CO_3Ca, 0'1955 por litro; CO_3Mg, 0'4087 gramos por litro, y otros oligoelementos de indudable acción, pues son elementos de los que ELDBACHER calificó de vitaminas metálicas. La temperatura del agua, sus coloides, su disolución iónica, su radiactivación, la conductibilad eléctrica, el pH, etc., indudablemente influyen de manera importante en la acción de estas aguas.

La instalación del balneario consta de aparatos de inhalación del gas que naturalmente desprenden las aguas; nebulizaciones, pulverizaciones, aerosoles, duchas nasales, insuflaciones tubáricas de los gases de las aguas; aparte de los demás medios de baños, aguas en bebida, etc.

Refiriéndome concretamente a la mucosa nasal y de senos paranasales, y merced a los estudios de cultivos repetidos de los gérmenes de meato medio, meato inferior y cavum, los gérmenes hallados corresponden a estados de mucosa, unas veces hiperérgica, otras disérgica, otras atrófica, con verdadera esclerosis de la submucosa; las dificultades para preparar autovacunas con que desensibilizar procesos rinotraqueobronquiales descendentes exige la actuación sobre un terreno en que las defensas naturales han sufrido alteraciones intensas, y en estos casos con atrofias, fases finales de procesos crónicos nasosinusales, la actuación de la crenoterapia sulfurosa es imprescindible.

¿Cuáles son las defensas naturales de la mucosa nasosinusal? Sabemos que en primer lugar son las cilias de Proetz, con sus movimientos; las dos capas de moco: una flúida, íntimamente ligada a la mucosa, en la que baten los cilios, y otra capa de moco viscoso, denso, que debe cubrir en estado normal la punta de los cilios; cualquier alteración en el espesor de la capa de moco flúido y en la del viscoso, suprime la acción limpiadora de las cilias de Proetz, con la abolición de los movimientos efectivos, rápidos, y del lento de recuperación, no activo.

Como es lógico, la secreción de este moco a cargo de las células y glándulas mucíparas, en relación íntima con la vascularización neurovegetativa y la vascularización de nariz, exige una función normal del sistema nervioso vegetativo y de la circulación de nariz y senos, regulada por los filetes vasomotores.

Pero en la distribución de los cilios de Proetz de la mucosa nasal influye el impacto de la corriente de aire, y sabemos que donde da el choque de aire se atrofian las cilias y ya nunca crecerán más.

Este creo que es uno de los motivos en que tras operaciones de septum nasal para permeabilizar la nariz, para garantizar el drenaje de meato superior y medio, intervenciones hechas correctamente según las normas clásicas, se producen verdaderas rinitis atróficas, que molestan a los pacientes tanto como las lesiones anteriores a la intervención, y aquí es donde vemos los maravillosos efectos de estas aguas sulfhídricoazoadas. Indudablemente, donde daba el impacto de aire no había cilias, y donde actualmente da el impacto de aire se atrofian y desaparecen. Sabemos que un pH ácido de 3'5 detiene rápidamente la función ciliar, mientras que un pH de 9 ó 10 activa estos movimientos. El grado de humedad, que cuando es elevada protege y mantiene los movimientos ciliares. Las perforaciones traumáticas o cáusticas producen no sólo la supresión de una zona de cilios, sino que, generando torbellinos de aire, desecan la mucosa, atrofian la misma y generan costras y alteraciones vasculares.

La distribución de los cilios no es uniforme en la nariz, faltando en los puntos de mayor ventilación, según ha demostrado HILDING.

Tampoco en todas partes baten las cilias de la misma forma, sino que desde los trabajos de PHILIPS, clásicos fáciles de repetir, en general tienden a llevar las secreciones de las zonas más estrechas a las más anchas y a limpiar los orificios de canal lagrimal, de orificio de trompa de Eustaquio, de meatos (ostium, infundibulum, etc.

La supresión de la cabeza de cornete inferior, o de su cabeza, da lugar a alteraciones de la corriente de aire inspirado, desecando la pared externa de fosa nasal, perdiendo la actividad ciliar, así como parte de la función eréctil de los cornetes.

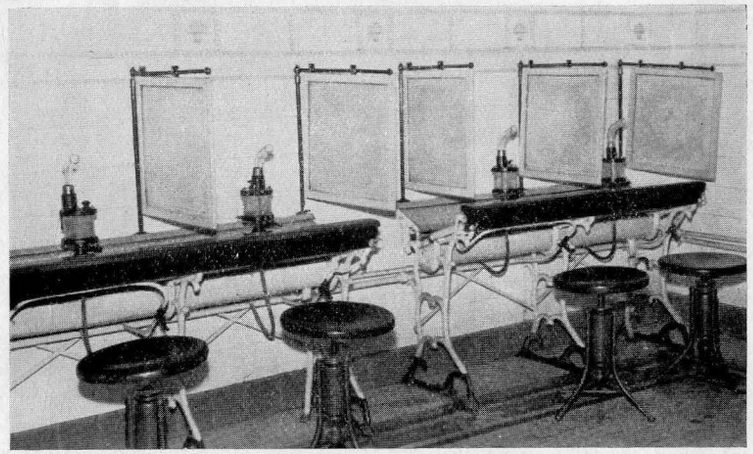


Fig. 1.—SERVICIOS DE NEBULIZACIONES LARINGOTRAQUEALES.

Otro de los mecanismos defensivos de las vías respiratorias es la función secretoria, las células caliciformes de moco y las glándulas seromucosas, más o menos profundamente situadas en el corion, en contacto con las formaciones eréctiles. La función secretoria está regida por el sistema nervioso vegetativo. El sistema parasimpático, con su centro efector lácrimo-muco-nasal, junto al núcleo del facial, envía impulsos a través del nervio petroso superficial mayor, del nervio vidiano y del ganglio esfeno-palatino, con acción estimulante de la secreción y vasodilatadora. El sistema simpático, a través del plexo carotídeo, por el ramo caróticosimpático, y el filete simpático vidiano, se distribuyen sin sinapsis en la mucosa nasal con acción inhibidora de la secreción, produciendo una vasoconstricción.

La misión del moco, aparte de formar la película que recubre las cilias, de formar el medio líquido donde baten, tiene como misión mantener un grado de humedad en el aire inspirado, así como el lisozima descubierto por FLEMMING, con acción sobre determinados gérmenes de producir hinchazón y lisar.

También en la distribución de las glándulas de moco influye el impacto de aire, desapareciendo donde hay ventilación excesiva.

La atrofia de las glándulas mucosas y el convertirse la secreción de moco en una secreción más viscosa, explica la aparición de costras en operaciones correctoras de nariz.

Otro mecanismo importante es la función eréctil, regulada por el sistema nervioso vegetativo, con un delicado mecanismo hidrodinámico, teniendo el aspecto los vasos (arterias rodeadas de venas), según SWINDL, de un radiador de coche.

La acción de determinadas hormonas en las funciones defensivas a determinadas edades (pubertad, menopausia) exige una vigilancia especial de los procesos naso-sinusales en estas edades.

La acción de los iones sódico, potásico y, sobre todo, cálcico, es imprescindible para la buena función ciliar, hasta el punto que la presencia de cualquier sustancia que precipite las sales cálcicas inhibe los movimientos ciliares. La acción del azufre de estas aguas, estimulante de la secreción del moco, mantenedora de los movimientos ciliares; la acción antialérgica de estas aguas, modificadora de los terrenos orgánicos, acción desintoxicante, antimicrobiana; regeneradora plástica que el azufre adquiere al unirse a ciertos aminoácidos, fundamentales en nuestra economía, explica la acción terapéutica de estas aguas en aquellos procesos naso-sinusales reversibles, y la necesidad de utilizar esta terapéutica, como complementaria de ciertas intervenciones; la acción de determinados iones sobre el sistema neurovegetativo, regula y modifica la vascularización nasal, la función de las glándulas mucíparas, la cantidad de moco, modificando incluso el pH del mismo e incluso los movimientos ciliares, comprobables depositando polvo de carbón en zonas ricas en cilios y apreciando el desplazamiento lento, pero regular, del mismo.

Las rinitis catarrales crónicas, las rinitis crónicas hipertróficas, tienen indicación especial en estas aguas, evitando el paso a rinitis atróficas y regresando los procesos hasta su normalidad. Las rinitis atróficas y el ocena mejoran notablemente, no sólo durante el tratamiento, sino después de él; pero a veces exigen otros tratamientos más o menos importantes, complementarios.

Las rinitis alérgicas precisan un tratamiento biológico con autovacunas; pero a veces, aun sin este tratamiento biológico, curan en estas aguas, si la alergia no es esencial, es decir, si hay posibilidad de recuperación de capas bacterianas en los meatos medio, inferior y cavum, y si se trata de rinitis alérgica esencial, acudimos a buscar alérgenos efectivos, siendo de diversas procedencias; pero los de Duncan (Londres) son los más efectivos para mis enfermos, a los que traté con diversos alérgenos de variadas procedencias.

Sabemos que las sinusitis son en realidad una misma enfermedad, pues constituyen una unidad fisiopatológica, con sus peculiares características de drenaje, de relación con meato medio (etmoides anterior) o con meato superior (etmoides posterior, célula de Onodi, seno esfenoidal); pero los tratamientos biológicos, crenoterápicos, son fundamentalmente los mismos.

Son las infecciones crónicas, los procesos alérgicos, de senos, los que necesitan un tratamiento hidromineral bien dirigido.

Es, a mi juicio, uno de los motivos de la falta de recuerdo de estos tratamientos por parte de los colegas que no han visto los resultados que nosotros vemos al pie del balneario; la falsa propaganda de posibilidades de curación de procesos que ni pueden ser curados, ni mejorados, en estos establecimientos.

Existen contraindicaciones precisas: los brotes agudos rinofaríngeos, las infecciones agudas de senos paranasales, las osteítis, que precisan tratamientos quirúrgicos y antibióticos, las que después sí pueden complementarse por curas hidrominerales; las desviaciones de septum nasal, con síndromes de obstrucción, que sólo quirúrgicamente pueden curar; pero después sí precisan en muchos casos, para no sufrir los procesos de atrofia de glándulas mucíparas y desaparición de cilias de

Proetz, de tratamientos complementarios, evitando así las molestias de verdaderas rinitis atróficas postoperatorias.

Ni que decir tiene que los tumores y las lesiones tuberculosas constituyen una contraindicación absoluta del empleo de aguas que producen brotes congestivos.

En los catarros tubáricos tienen una acción magnífica; pero en las fases agudas están contraindicadas, así como en las otitis medias crónicas fungo-colesteatomatosas, no siéndolo en las otorreas tubáricas. En cambio, sería absurdo en las otitis cicatrizales, adhesivas; en la otoespongiosis esclerosante del laberinto, o en las sorderas de percepción, salvo en las recientes por intoxicación, en que el antídoto precise cura sulfurada.

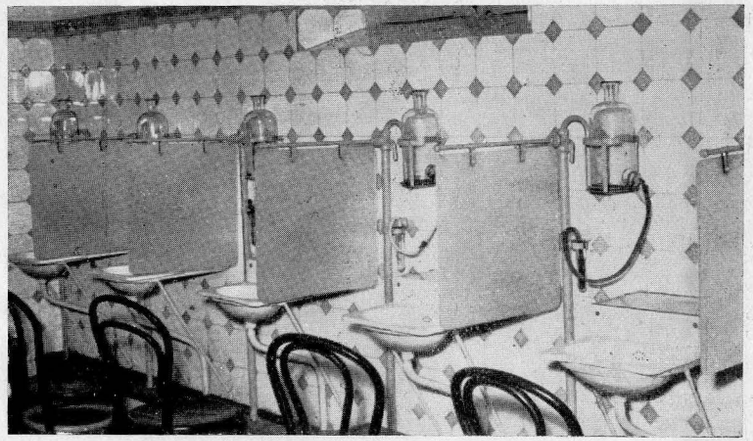


Fig. 2.—SERVICIO DE DUCHAS NASALES E IRRIGACIONES DE CÁVUM.

Hemos obtenido mejorías manifiestas en enfermos con hipoacusias para tonos altos por intoxicación estreptomicínica, curados de sus lesiones fímicas, y en los cuales se les trató al ver las mejorías obtenidas con los tratamientos domiciliarios con BAL (British Anti Lewissita), que, como sabemos, es fundamentalmente un dimercaptopropanol, y, por tanto, el azufre es el agente principal antitóxico.

En las faringitis crónicas no congestivas, faringitis granulosas, son modificadas y curadas por la acción de estas aguas en sus diversas aplicaciones.

Pero no sólo curan las faringitis catarrales crónicas, sino también las faringitis crónicas hipertróficas, y mejoran notablemente las faringitis atróficas. Los enfermos con infiltraciones crónicas no específicas de faringe curan si a la vez o previamente han tratado la frecuente insuficiencia nasal respiratoria, han suprimido las intoxicaciones crónicas, sin olvidar la supresión de alcohol y tabaco, han modificado el régimen de vida buscando una protección frente al frío, a los vapores irritantes del medio de trabajo, etc.; y, sobre todo, en lo que influye la crenoterapia sulfurosa es en un factor que difícilmente puede curarse con antibióticos ni con antígenos: me refiero a los factores constitucionales. Esto se debe recordar al hacer la anamnesis del enfermo, pues es la causa de fracasos de tratamientos quirúrgicos y médicos que en otros enfermos serían correctos y que, en cambio, pueden curar con tratamientos atmiátricos en balnearios con servicios especiales.

Sabemos que el proceso inflamatorio crónico puede afectar todos los elementos de la faringe o solamente los grupos linfoides. La importancia del tejido linfático, que se halla difundido, en infiltraciones linfoideas y en formaciones particulares: los folículos linfáticos, que forman masas importantes en las llamadas amígdalas (faríngea, palatina, lingual, tubárica) y que presentan en su constitución dos aspectos: primero, unos folículos uniformes, constituídos por linfocitos apretados, dispuestos en filas concéntricas, sin figuras de carioquinesis; segundo, otros, los llamados folículos de centro claro, con dos partes: una corona periférica en que forman linfocitos en filas concéntricas, en anillo, y un centro claro germinativo, en el seno de un retículo, con células dispuestas sin orden ni concierto, con abundantes figuras de carioquinesis. Para unos, los folículos linfáticos son centros de producción de linfocitos; para otros, de destrucción de linfocitos; para los más, tienen ambas misiones, regenerando los linfocitos cuando cesa la destrucción, al terminar la causa agresora.

El papel importantísimo que los linfocitos desempeñan en la formación de las gamma globulinas aumenta la importancia de los órganos linfoides y, en especial, del anillo linfoideo de Waldeyer, función que se sospechaba hace tiempo, junto con una hematopoyética y endocrina.

La mucosa de la faringe, tan distinta en nasofaringe a la de orofaringe e hipofaringe, la primera de tipo respiratorio, la segunda digestivo, pero toda ella con acúmulos linfoideos, glándulas seromucosas; la rica red vásculo nerviosa de la dermis, que tantos fenómenos de Reilly proporcionan en clínica, junto con la patología de croniosepsis y focal, aparte las molestias locales de que se quejan los pacientes que vienen a usar los servicios atmiátricos de nuestros balnearios, y sobre todo los beneficios obtenidos por los enfermos, hace pensar que no es sólo la acción local del baño faríngeo, de la pulverización, de la inhalación o del aerosol, sino que indudablemente la composición química del agua influye, revitalizando las glándulas mucíparas, aumentando la circulación, mejorando el conjunto y función de enzimas y coenzimas, en cuya composición entra el azufre (fosfoglucomutasa, adenosintrifosfatasa, hexoquinasa, oxidasa del ácido acetoglutárico, oxidasa pirúvica, dehidrogenasa succínica, catepsina, carboxipeptidasa, lipasa, ureasa, etc.), precisándose para el normal funcionamiento de faringe y de los amasijos linfoideos que, con el nombre de amígdalas, constituyen unos órganos importantísimos en la economía del organismo.

No podemos dejar de hablar, en la laringe, de las afecciones crónicas, no específicas, y de los abusos y usos incorrectos de la voz; junto a la beneficiosa acción de las aguas en sus diversos usos, hacemo una reeducación ortofónica de la misma y comprobamos los magníficos resultados en oradores, predicadores, profesores, cantores, que precisan de una fonación sonora y bien calibrada para ejercer su profesión.

Pero no sólo actúan sobre la laringe, sino que, en los procesos debidos a la propagación rinofaríngea descendente o de origen sinusal, el tratamiento atmiátrico es el más completo o el que muchas veces completa los tratamientos médicos o quirúrgicos necesarios.

En las alteraciones de la voz por procesos endocrinos o neurovegetativos, tiene el tratamiento hidromineral una acción general manifiesta además de la local.

Las laringitis por inhalación de gas o polvos irritantes son magníficamente curadas en balnearios de aguas sulfurosas.

Por estar en íntima relación con nuestra especialidad, los procesos bronquiales, sobre todo las bronquitis crónicas de fumadores, las provocadas por procesos descendentes, las bronquiectasias, que exigen las broncoaspiraciones que hemos de practicar los otorrinolaringólogos para aspirar las secreciones, exudados, que al no poder salir por la boca por alteración en la función ciliar, por faltar la expresión tusiva, por impotencia del golpe de tos o por falta de energía en el reflejo tusígeno, debemos tener presente que las bronquitis crónicas supuradas recidivantes del adulto se mejoran por la acción antianafiláctica de las aguas sulfurosas, mejora el estado de infección crónica, modifica los trastornos neurosecretorios de la mucosa bronquial, aunque siempre precisan ser tratados por el otorrinolaringólogo, muchas veces tras una cura hidromineral, de los posibles focos infecciosos de vías altas.

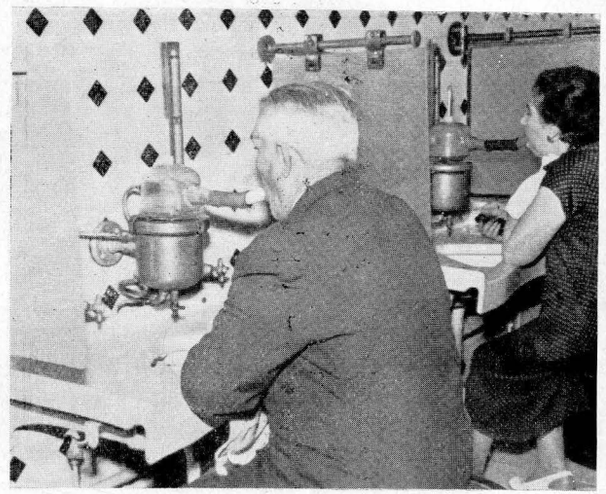


Fig. 3.—SERVICIO DE AEROSOLES E INHALACIÓN DE NIEBLA IDEAL.

Junto a las vacunas preparadas de gérmenes de meato medio, inferior y cavum, aerosoles de antibióticos de acción comprobada por antibiograma, aerosoles mezclados con aguas sulfurosas y broncoaspiraciones, mejoran notablemente, solucionando muchas veces el problema de bronquiectasias, aunque nunca debemos olvidar una exploración radiológica y diafanoscópica de senos paranasales, pues no sólo en el síndrome de Kartagener, sino en cuadros de bronquiectasia corriente, se hallan afecciones de senos paranasales de tipo crónico, con los mismos gérmenes. En cuanto a los nuevos conceptos desencadenantes de broncoespasmos como manifestaciones alérgicas no esenciales, sino reacciones a dismeatías (alteraciones de la flora de meatos y del terreno biológico en los puntos de encrucijada nasosinusal), actúan sobre la sensibilización, las alteraciones locales del aparato respiratorio, e influyendo en el complejo mecanismo adrenérgico y colinérgico del órgano bronquial efector.

Y hemos dejado de intención de última nota un punto importante en las indicaciones de las aguas mineromedicinales en nuestra especialidad: se trata de las indicaciones complementarias en los operados de cirugía funcional del oído.

Sabemos que en las fenestraciones, bien sea según el método de Sourdille, que respeta el yunque, o el clásico de Lempert o Shambaugh, o cualquier otro método,

no funciona el delicado mecanismo osículo timpánico con su cortejo de músculos, y que exactamente lo mismo ocurre en las timpanoplastias de tipo III, IV y V de Wullsttein, es decir, en todos aquellos casos que hay una recuperación de una función con suplencia de mecanismos, pero no una restauración de todos los delicados mecanismos de acomodación, adaptación y protección de oído medio. Pues bien, de nada sirve esta cirugía si no hay una permeabilización y una función normal de la trompa de Eustaquio; de nada sirve la nueva ventana, la restauración del tímpano, la sustitución de la cadena por una columela, si hay una trompa impermeable.

Y tenemos que tratar la obstrucción tubárica, tan frecuente en estos enfermos, con los tratamientos quirúrgicos y correctores de nariz pertinentes, suprimir los focos infecciosos perinasales; pero en estos enfermos siempre conviene un tratamiento de aguas sulfurosas, que he comprobado como magnífico en mis operados y en los de quienes me enviaron sus pacientes operados, por las modificaciones neurovegetativas, humorales, iónicas, endocrinas, que mantiene el substratum de la tubaritis, aparte de la acción local sobre la mucosa de trompa y del complejo nasosinusal.

En resumen, podemos decir que el tratamiento atmiátrico, a mi juicio, y en el estado de nuestros conocimientos, es un complemento de valor insustituíble en el arsenal de nuestra especialidad, que no sustituye a determinadas intervenciones, pero que es necesario para preparar a los enfermos para un mejor resultado operatorio, y otras veces se necesita como complemento de intervenciones quirúrgicas, para una restauración funcional completa; también se precisa como complemento de tratamientos antibióticos o biológicos.

Y ahora surge la pregunta: ¿Existen contraindicaciones para la crenoterapia sulfurosa? En efecto: está comprobado que agravan las lesiones tuberculosas, las tumorales y las manifestaciones bronquiales con «cor pulmonale». Los brotes agudos otíticos o sinusales, las osteítis de las formas graves sinusales, las laringitis crónicas congestivas se agravan en los balnearios de aguas sulfurosas y constituyen contraindicación absoluta.

No quiero terminar sin hablar de la concurrencia a nuestros balnearios españoles. El balneario de Liérganes, situado en un precioso valle próximo a Santander, a cincuenta metros aproximadamente sobre el nivel del mar, cerca de abruptas montañas, que dan el nombre a la región y que separan Santander del resto de Castilla, con una magnífica instalación atmiátrica, es de los pocos balnearios que gozan del privilegio de que vengan los enfermos enviados por sus médicos, con sus notas clínicas, perfectamente tratados y diagnosticados. Allí tenemos enfermos enviados por el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, del fallecido profesor MARAÑÓN, de todos los especialistas de vías respiratorias y de otorrinolaringología. Vemos más de 1.500 enfermos por temporada, y muchos procedentes del extranjero. Sin embargo, no es lo corriente en nuestros balnearios. ¿A qué es debida esta languidez de la vida balnearia de España? ¿Ocurre igual en otros países? No. He recorrido los balnearios de Luchon, Dax, Cauterets, Vichy, Enghien, etc., en Francia; Caldas de Luso, Figueira da Foz, Estación Balnearia «Salazar», Curía, Banhos de San Pedro, en Lisboa, Baños de Estoril, etc., en Portugal; Ostende y otros de Bélgica; Baden, Uhlm, etc., en Alemania; Montecatini, en Italia, etc., y la concurrencia es enorme. En Luchon, más de 60.000; en Baden, más de 200.000; y así, incluso en Portugal. Puede ser que una propaganda no científica presentando como panacea lo que sólo tiene indicaciones precisas; el ambiente un poco décimo-

nónico de nuestras estaciones termales; la falta de conocimiento de las aguas minero-medicinales y sus efectos; la falta de obligatoriedad de unas lecciones en el programa de Terapéutica, referentes a las aguas minero-medicinales, tan abundantes, tan variadas, en ambientes de microclimas tan variados; la falta de clínicas en los establecimientos balnearios; incluso la falta de hospedaje en las localidades balnearias, ya que en el mes de agosto, el de mayor concurrencia en nuestros establecimientos balnearios, hay imposibilidad de alojamiento. Por otra parte, la falta de modernización de las instalaciones balnearias, la falta de colaboración entre propietarios, médicos hidrólogos del Estado, representantes de la Administración Pública, propaganda oficial por parte del Mi-

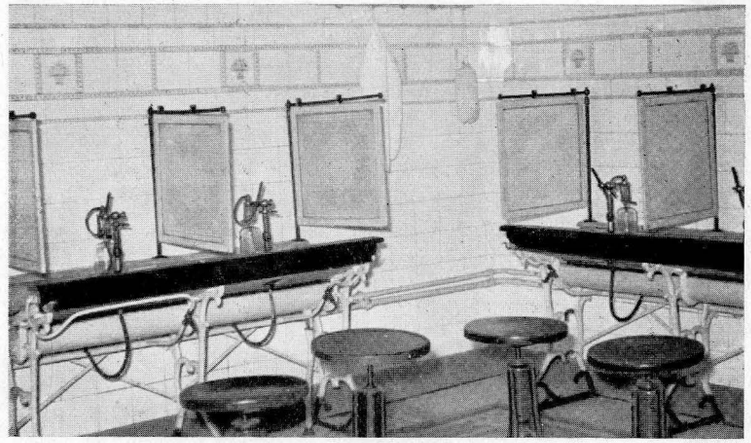


Fig. 4.—APARATOS DE PULVERIZACIÓN DE AGUA SULFUROSA, PARA ACOPLAR LOS APARATOS TERMINALES INDIVIDUALES PARA NARIZ O GARGANTA.

nisterio de Información y Turismo. Pero, como señalo antes, no es el caso del Balneario de Liérganes, en que la propiedad colabora eficientemente, mejora las instalaciones poniendo servicios nuevos, aumenta los servicios auxiliares del médico (instalaciones de radiodiagnóstico, etc.), beneficiándose el enfermo, en primer lugar, de toda esta acción conjunta.

Para la marcha científica, la celebración de coloquios, reuniones breves con la colaboración de especialistas que, siguiendo el curso de las curaciones de sus grupos en enfermos, supervisados por su mismo médico, puedan orientar sobre los resultados, efectos y modificaciones del curso de las enfermedades crónicas de sus pacientes. Así, al pie del manantial, se haría una labor clínica, investigadora, de lo que en efecto falta en nuestros medios balnearios.

Como *conclusiones*, queremos dejar sentado:

1.° Los balnearios con servicios atmiátricos, llamados de aguas sulfurosas, tienen un lugar determinado en el arsenal terapéutico de nuestra especialidad otorrinolaringológica.

2.° Conforme se conocen más y mejor la patogenia de las diversas enfermedades de nuestra especialidad, así como el mecanismo de acción de las aguas,

se comprende el efecto beneficioso de estas aguas en sus diversas aplicaciones atmiátricas, general y local.

3.º No se trata de una terapéutica inefectiva o pasada de moda, y buena prueba de ello la dan los países extranjeros, con sus balnearios con vida próspera, abundante, trabajos clínicos y de investigación, publicaciones y, sobre todo, esa gran concurrencia de enfermos que encuentran, unas veces, cura a sus males; otras, alivio a sus dolencias, en marcado contraste con la lánguida vida de nuestras estaciones balnearias.

4.º Existen indicaciones precisas y contraindicaciones absolutas para las curas balnearias de nuestra especialidad, que se enumeran en el trabajo.

RESUMEN

Se exponen los mecanismos defensivos de las vías respiratorias superiores y los procesos patológicos que pueden interesarlos creando una serie de procesos residuales con mayor o menor cronicidad, que afectan extraordinariamente a la función.

En todos estos casos el tratamiento atmiátrico es un complemento de valor insustituible, que sirve, en ocasiones, para preparar a los enfermos para determinadas intervenciones, y en otras, para complementar una restauración funcional; en algunos casos es igualmente un útil coadyuvante de tratamientos antibióticos o biológicos.

Señala igualmente en qué casos debe emplearse y en cuáles está contraindicada la crenoterapia sulfurosa, y aporta la magnífica y favorable experiencia observada en el balneario de Liérganes (Santander) y en otros lugares españoles de tipo balneoterápico, señalando la uitlidad de esta terapéutica, tan abandonada en nuestra Patria.

Domicilio: Alameda Jesús de Monasterio, 8, pral. Santander.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

COLOSIGMOIDITIS Y ESTREÑIMIENTO CRÓNICO

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO

ACADÉMICO DE NÚMERO

MADRID

ENTRE las secuelas frecuentes del estreñimiento habitual, atónico o espástico, con estasis cecal o disquesia, figuran las molestias o los dolores de localización colo-sigmoidea, a veces intensos y que inducen a pensar en la iniciación de un proceso neoformativo.

La retención de heces origina una reacción de la mucosa intestinal e incluso una pericolitis, génesis de otras complicaciones. Por otra parte, el uso repetido de los laxantes, a veces durante años, acentúa las lesiones de la mucosa, facilita el ataque de bacterias y toxinas y llega a ocasionar hemorragias o una colitis ulcerosa. En ciertos casos se establece una colitis con intensa diarrea bastante rebelde al tratamiento, con dolores irradiados a todo el vientre o sólo a la vejiga y al recto, acompañados de tenesmo rectal. En otros, la reacción pericolítica o perisigmoidítica conduce a un absceso o a una estenosis lenta y progresiva.

En general, la exploración radiológica confirma o aclara nuestra impresión diagnóstica.

Ante todo, debemos considerar la posible existencia de procesos que sean causa del estreñimiento o determinen lesiones locales, como el dolicosigma o el megasigma, la estenosis única o múltiple, los divertículos intestinales y los pólipos. Debemos hacer análisis de las heces, investigando parásitos, infección bacilar amébica, sangre, moco, y análisis de sangre (anemia, eosinofilia, leucocitosis con polinucleosis, velocidad de sedimentación), y, en ciertos casos en que la radiología no sea suficiente para el diagnóstico o no nos ponga en camino de él, practicar rectoscopia cuando se trate de procesos rectales colosigmoideos. Si no hay otros síntomas que los de moderado dolor en fosa ilíaca izquierda, estreñimiento, con o sin brotes de diarrea, todo ello compatible con excelente estado general del paciente, la clínica, con el auxilio de la radiología, es suficiente para el acertado diagnóstico.

Es del mayor interés descubrir cuanto antes estas formas de colitis, para evitar sus complicaciones y por la máxima eficacia del tratamiento tempranamente instituído.

Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina, el día 26 de enero de 1960.

CASO N.º 1.—F. G. M., 76 años. Consulta el 26 de octubre de 1959.

Peso: 62'700, con descenso de 5 kilos en dos meses.

Comió normalmente hasta septiembre último, con restricción de algunos alimentos, de líquidos y sal común, por ser hipertenso.

A los 7 años, paratífica; otra a los 38 años. Operado de próstata hace siete años. Edema pulmonar hace tres años y, al mismo tiempo, un cuadro de obstrucción intestinal, que cedió en pocos días. Está tratándose por cardiopatía esclerosa.

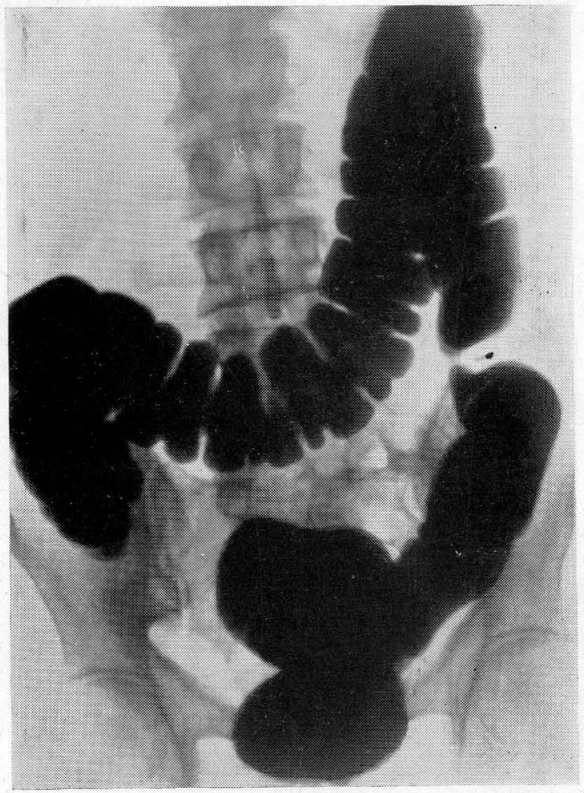


FIGURA 1. — ENEMA OPACO SAGITAL-DORSO VENTRAL.

Tensión: 19-9. En orina, medio gramo de albúmina por 1.000, hace un mes, no teniendo actualmente.

Estreñido de muchos años, con grandes molestias abdominales, muchos gases, borborigmos y mucha dificultad para obrar, molestias que se hacen intensas cuando lleva tres o más días sin defecar.

Explorado recientemente por un radiólogo, le encontró una zona de estenosis en colon descendente, con gran dificultad de tránsito al paso de la papilla de bario ingerida en día anterior.

Hecha nueva exploración radiográfica con enema, se comprobó la existencia de dicha estenosis, muy acusada (figura 1), pero franqueable sin gran dificultad.

La figura número 2 da una pequeña irregularidad en la zona estenosada, sin desflecamiento ni falla, pero que nos hace pensar en un proceso neoformativo. Por insuflación (figura 3), con dilatación de asas intestinales y representación de los clásicos niveles horizontales, se aprecia

claramente la estenosis, tipo anular, que el radiólogo calcula es de un centímetro de diámetro, con longitud aproximada de dos centímetros.

En la exploración por ingestión de bario, la dificultad en el tránsito intestinal era tan acentuada, que a las veinticuatro horas sólo estaba contrastado hasta la mitad del colon transverso.

No encontrando alivio alguno con el tratamiento médico, fue operado, por avanzar los síntomas de estenosis, el 17 de noviembre inmediato, encontrando el cirujano, en el colon descendente-sigmoideo, una extensa y firme brida epiploica, muy vascularizada, sin lesiones de ningún tipo, en la pared intestinal. La operación se redujo a la extirpación de dicha brida.

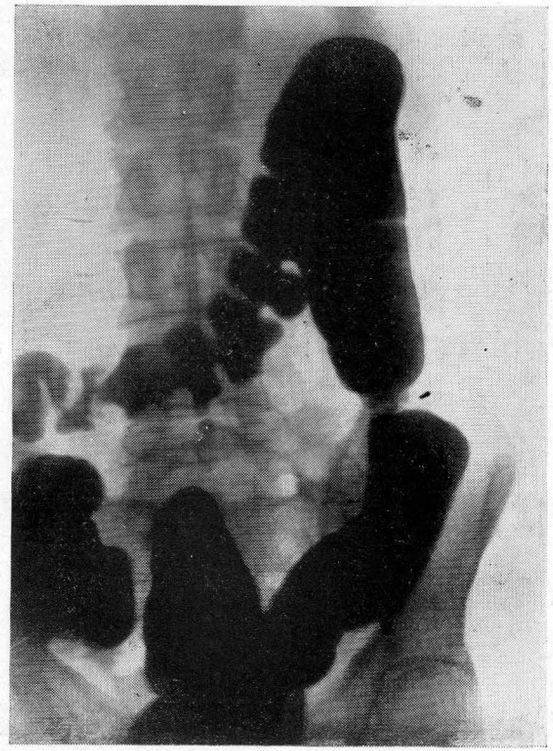


FIGURA 2. — ENEMA OPACO PARASAGITAL-DORSO VENTRAL

Explorado de nuevo radiográficamente el 12 de diciembre, o sea, veinticinco días después de la operación, aunque no hay dificultad al tránsito, de tipo mecánico (se ve, sin embargo, un fuerte espasmo donde estaba la brida estenosante), persiste el estreñimiento, bastante rebelde sin duda por un estado hipoquinético consecutivo a tantos años de esfuerzo peristáltico intestinal y la situación general de hipotonía del enfermo.

En este enfermo, por razón de su edad, de la marcha lentamente progresiva de la estenosis, del mal estado general y hasta por los mismos datos radiológicos, pensamos en una neoplasia infiltrante, más que una brida o una adherencia, raras en los que no han sido anteriormente laparatomizados. Tampoco había signos radiográficos de diverticulitis, que por sí misma o por perforación de un divertículo y reacción pericolítica puede originar la estenosis.

Las pericolitis son mucho más raras en el colon descendente que en el derecho y en transverso, aunque los autores americanos, principalmente CASE, que han hecho exploraciones sistematizadas, las han encontrado con cierta frecuencia, incul-

pándolas como responsables del estreñimiento crónico pertinaz, criterio que no compartimos, pues en orden cronológico consideramos que el estreñimiento, particularmente el izquierdo, al engendrar la colo-sigmoiditis, es el que da lugar a la pericolitis. A ésta puede añadirse una reacción inflamatoria del epiplon, que es, sin duda, la culpable de la formación de la brida encontrada en el acto quirúrgico, y que, naturalmente, acentuó el estreñimiento y originó un cuadro de estenosis progresivo, similar al de las neoplasias que hemos visto no pocas veces en personas de edad avanzada.

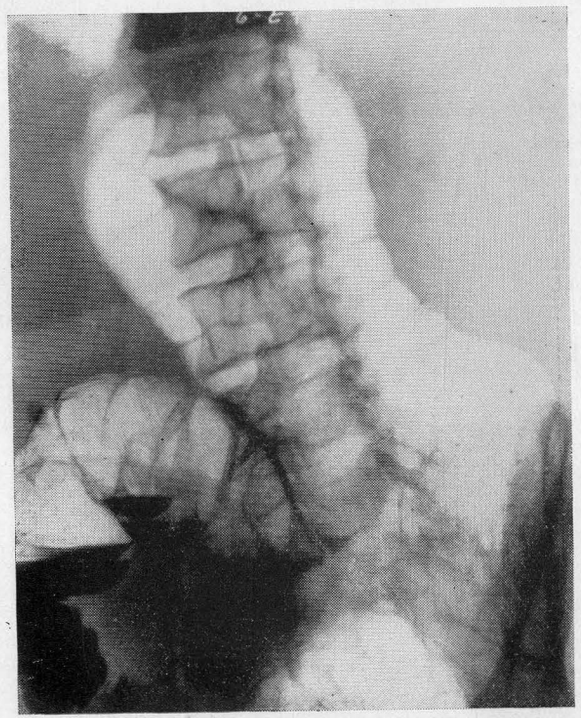


FIGURA 3. — ENEMA DESPUÉS DE LA INSUFLACIÓN.

CASO N.º 2.—E. F., 56 años, casada, sin hijos. Consulta el 8 de noviembre de 1947.

Obesa, llegando hace pocos años al peso máximo de 92 kilos. En los últimos tres años, con restricción alimenticia, fue bajando hasta el actual, de 68'200.

Menopausia a los 46 años, sin trastornos.

Comidas sanas, con limitación de hidrocarbonados y féculas. Bebe sólo agua y en cantidad moderada.

Reumática, con dolores en diversas articulaciones, preferentemente rodillas y hombros, habiendo hecho curas termales en cuatro temporadas.

Brotes intensos de colitis, con mucha diarrea, moco y sangre; el primero, hace veinte años, y el segundo, dos años después, quedando siempre luego muy estreñida y obrando sólo, y con dificultad, cada tres a cuatro días.

Crisis de taquiarritmia hace tres meses, que duró cuarenta y ocho horas, cediendo con medicación adecuada. A continuación, molestias y dolor en epigastrio, irradiado a hipocondrio izquierdo y ángulo esplénico.

Por exploración física no se encuentra zona alguna de dolor. El quimismo gástrico es normal (0'730 de clorhídrico libre por 1.000, y 1'241 de acidez total).

El análisis de la sangre da anemia hipercrómica, sin alteraciones globulares ni acusadas de la fórmula leucocitaria (3.540.000 hematíes, 5.100 leucocitos, 90 por ciento de hemoglobina, 1'28 de valor globular), y el de la orina no revela anormalidad alguna.

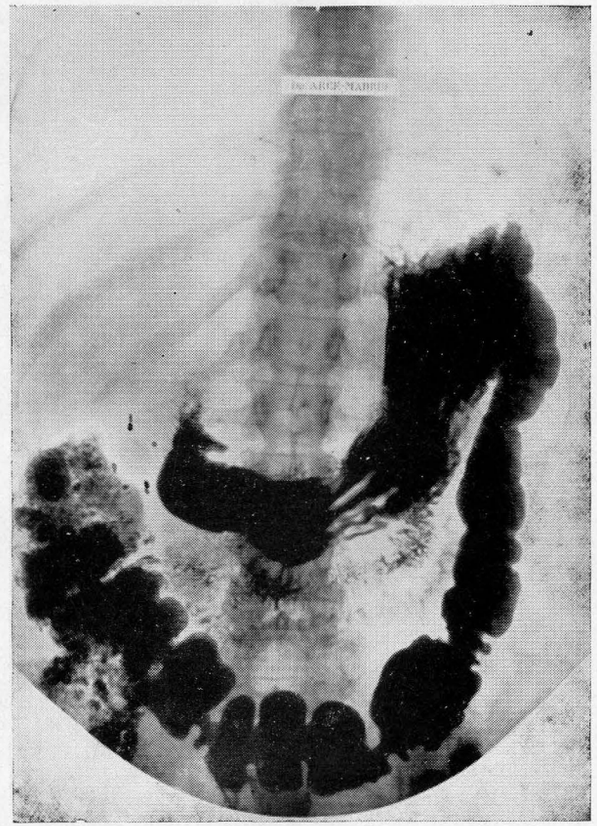


FIGURA 4.

El estudio radiográfico da los siguientes datos: Estómago normalmente situado, con perístole y vaciamiento normal. Duodenitis y periduodenitis en bulbo duodenal, con adherencias a la vesícula biliar. Aun sin preparación alguna, se aprecia que la vesícula es grande, situada entre el duodeno y el ángulo hepático del colon, y que contiene en su interior un cálculo bastante grande (indicado en la figura 4). Visualizando el intestino grueso, previo enema de bario, se ve un sigma largo, con engrosamiento y edema de la mucosa, sin alteración de la pared del colon y sin imagen alguna de laguna o falla. Hay una zona de casi todo el colon descendente que no retiene el bario (punteada en la figura 5), sin que haya dificultad alguna en el tránsito (zona de hipermotilidad, que juzgamos de valor como signo radiológico en las colosigmoiditis).

El estreñimiento crónico y el uso repetido de laxantes los consideramos como los factores causales de la irritación y moderada inflamación colo-sigmoidea.

Es de señalar la existencia de una colecistitis litiásica asintomática, en la que nunca pensó la enferma ni los médicos que en diversas ocasiones la exploraron. No creemos que

en este caso los dolores, nunca del tipo cólico hepático o colecistitis aguda, fuesen de causa vesicular, por su irradiación a hipocondrio y flanco izquierdo (aunque todos hemos visto estas y otras localizaciones del dolor en litiásicos biliares), ya que la sintomatología, más bien atenuada, corresponde a una colo-sigmoiditis, comprobada con claras imágenes radiográficas.

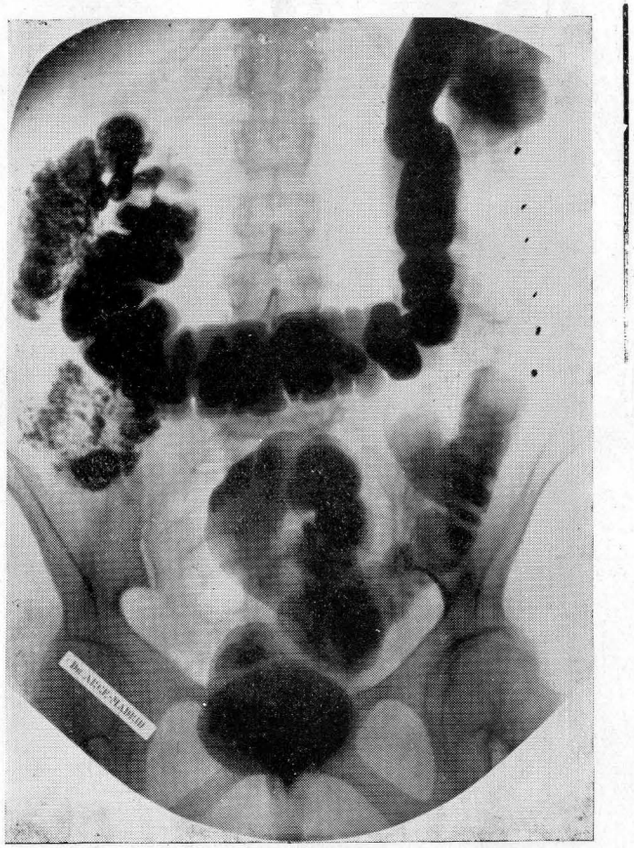


FIGURA 5.

CASO N.º 3.—P. G., 48 años, casada, dos hijos. Consulta el 20 de octubre de 1958.

Peso, con tendencia a aumentar, 71'500 kilos.

Régimen amplio, con abstención de cerdo, salazones y grasas.

Operada de quiste ovárico hace ocho años, y anteriormente, de apéndice.

Estreñida desde la juventud, procurando obrar a diario, lo que hace con gran esfuerzo, con heces escasas, duras y expulsando a veces sangre hemorroidal.

Ninguna molestia gástrica. Molestias abdominales poco dolorosas, representadas por plenitud de gases y tensión abdominal.

La exploración radiográfica (enema), con contraste oral de intestino grueso (figura 6), da fuerte espasmo en el colon descendente, muy acusado en el sigmoideo, con imagen de apariencia diverticular igualmente de origen espástico.

En este caso, la irritación sigmoidea es muy moderada y los síntomas clínicos guardan relación con los datos radiológicos.

CASO N.º 4.—E. H. V., casado, 42 años, agricultor. Consulta el 19 de abril de 1956.

No ha adelgazado; su peso es de 67'900 kilogramos.

Come de todo, bebe vino moderadamente, fuma unos diez cigarrillos.

Vida activa de campo.

En sus antecedentes es digno de señalar haber padecido carbunco hace un año, y que es persona de temperamento nervioso e impresionable.

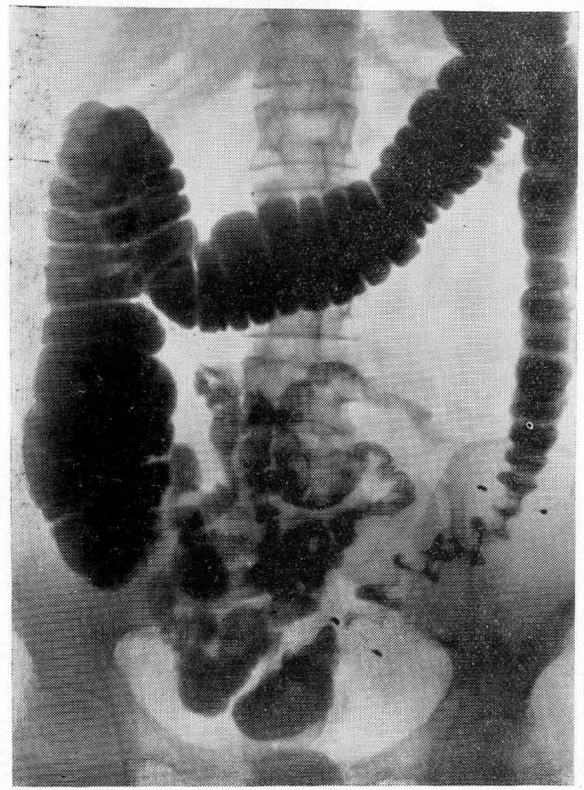


FIGURA 6. — ENEMA OPACO DESPUÉS DE LA EVACUACIÓN.

Desde hace dieciocho años padeció varias veces crisis de dolores abdominales intensos, sin fiebre, sin orinas colúricas. Alguna vez, con vómitos. Por su intensidad, requirieron dos veces inyecciones analgésicas; en las restantes, cedieron los dolores con reposo y calor local. El dolor, lento, localizado sobre todo en fosa ilíaca derecha, es frecuente en los cuatro meses últimos, y siempre desaparece en decúbito.

No tiene ningún trastorno gástrico y obra a diario, normalmente.

Por exploración física, se suscita dolor en el colon transverso, más en el derecho y menos acusado en el ascendente.

La exploración radiográfica (colon con enema) dio sigmoiditis espasmódica y acusado espasmo en el colon descendente, que adopta forma de tubo rígido. Irregularidades de contorno y edema de la mucosa en el ciego, con tiflitis y peritiflitis de tipo hipertrófico (figura 7).

En suma, aunque los dolores cólicos eran referidos a la zona del ciego-colon ascendente, se trataba de una colitis espástica, con crisis espasmódicas a veces muy agudas y que radio-

lógicamente se localizaban también en colon descendente y sigma. La naturaleza de estas crisis era indudablemente neurógena, siendo excepcional no se acompañasen de estreñimiento habitual o periódico, aunque creemos firmemente, por la imagen del ciego que da la radiografía, que había un estasis intestinal crónico y que las deposiciones, aunque diarias, eran muchas veces insuficientes.

La eficacia del tratamiento antiespasmódico confirmó la etiología sospechada, criterio compartido por otro coespecialista que había explorado anteriormente al enfermo.

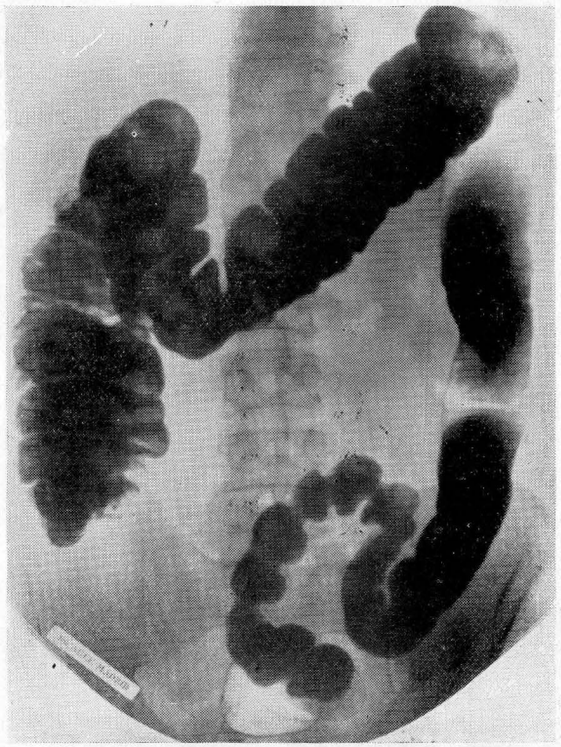


FIGURA 7.

CASO N.º 5.—C. B. A., 80 años, casado, ingeniero.

Su peso máximo, hace algunos años, 90 kilos; actualmente, 83'500.

No toma alcoholes. No fuma. Café, moderadamente. Alimentación sana, absteniéndose de toda clase de alimentos indigestos.

Ligeramente hipertenso, bradicárdico, con extrasístoles.

Estreñido habitual, lleva muchos años usando laxantes, precisando cambiarlos, por habituarse a ellos.

Lleva unos meses con depresión psíquica, astenia e inapetencia. Los análisis del recogido gástrico dieron hipoquilia y tomó en diferentes ocasiones medicamentos a base de ácidos o eupépsicos.

La exploración radiográfica dio una vesícula ectásica, sin alteraciones morfológicas, sin cálculos. Estómago radiológicamente normal, apareciendo un divertículo gigante, con retención y doble nivel de líquido y bario, en el duodeno, en la segunda porción (figura 8). Este divertículo era completamente asintomático, pues no refiere, en su historial clínico, molestias que pudieran relacionarse con diverticulitis, lo que observamos en la mayoría de nuestros casos.

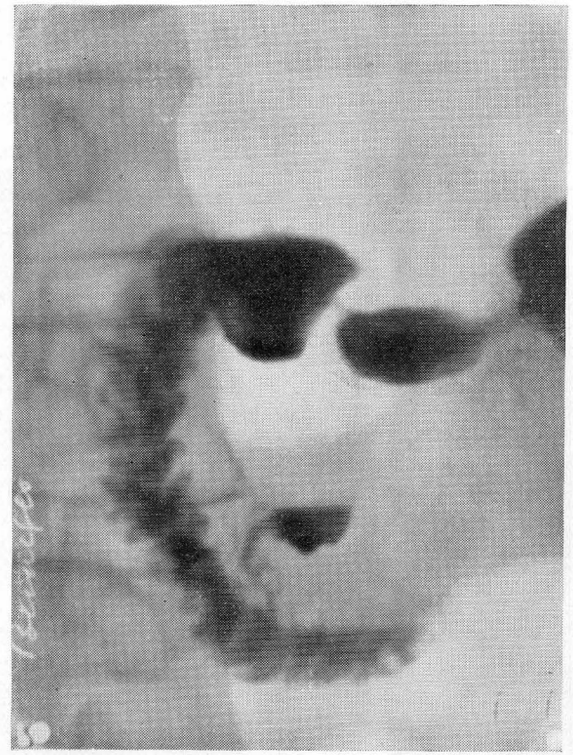


FIGURA 8. — DUODENO EN BIPEDESTACIÓN.

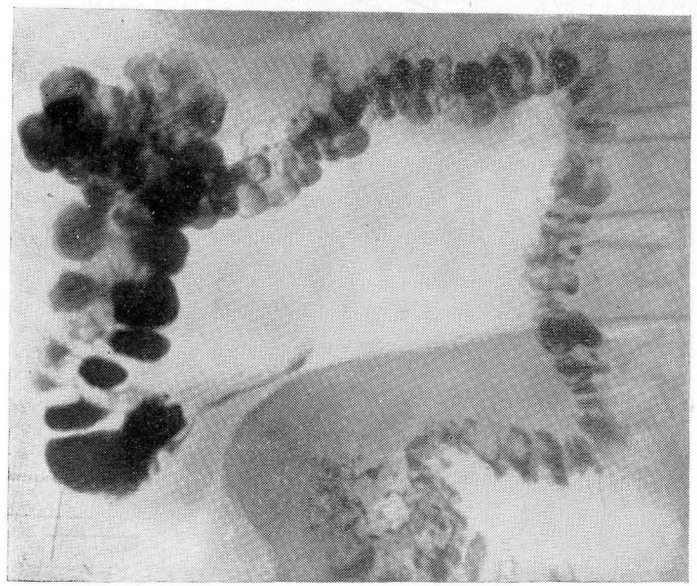


FIGURA 9. — TRÁNSITO A LAS CINCO HORAS.

Hay también pequeña hernia del hiatus esofágico, igualmente asintomática. La evacuación gástrica es acelerada y lo mismo el tránsito íleal. En la radiografía de intestino grueso (figura 9) hay irritación cólica desde el ciego al sigmoideo, más acentuada en el último (estreñimiento crónico, uso constante de los laxantes) con hipertonía e hiperquinesia, llenándose espontáneamente el apéndice, largo, dirigido hacia la línea media, con un coprolito transparente en la extremidad distal, pero sin punto electivo doloroso.

En suma, se trata de un enfermo senil, que aún trabaja intelectualmente con exceso, con un síndrome neurovegetativo y un estado de astenia, agotamiento y depresión psíquica. En el intestino no se encuentra más que la irritación colosigmoidea que revelan las radiografías.

* * *

Ha sido nuestro propósito llamar la atención sobre el síndrome colosigmoideo, cuyo factor etiológico es el estreñimiento y la continuada medicación laxante, que puede originar formas graves, incluso ulcerosas y hemorrágicas, y que por su sintomatología sugiera la sospecha del cáncer de dicha localización. Sin contar otros trastornos, de naturaleza tóxica, mecánicos o reflejos, a que pueda dar lugar el estasis intestinal crónico.

RESUMEN

Se presentan algunas observaciones sobre enfermos estreñidos habituales, que presentan d'stintas molestias: dolores de localización colosigmoidea, a veces tan intensos y acompañados de manifestaciones ulcerosas y hemorrágicas, que hacen pensar en una localización de tipo canceroso, y cuya etiología se debe al uso abusivo y continuado de medicación laxante.

Domicilio: Serrano, núm. 22, 2.º dcha. Madrid.

(Publicada también en «Anales de la Real Academia Nacional de Medicina», tomo LXXVII, 1960. Madrid.)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

HEMOFILOIDE Y PÚRPURA HEMORRÁGICA TROMBOPÉNICA

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRÓ

ALICANTE

RECIENTEMENTE hemos tenido ocasión de observar dos casos de diátesis hemorrágica que nos han permitido estudiar los caracteres de la constitución hemofiloide, de Mas y Magró, en relación con la púrpura hemorrágica trombopénica. Se trata de dos niños con epistaxis siempre intensas, constituyendo toda la sintomatología de las diátesis.

CASO N.º 1.—Niño de tres años. Sin antecedentes de diátesis hemorrágica. Su madre, después de la pubertad, tendencia a presentar «manchas azules» de Bauer por efectos de traumatismos más insignificantes.

Antecedentes de la enfermedad.—Aparición de erupción purpúrica generalizada, con fiebre al mismo tiempo, que persiste más o menos elevada, siguiendo las remisiones o activación de la enfermedad. Al mes siguiente se presenta la primera epistaxis abundante, grave, que cede al cabo de cinco horas, y seguida de la consiguiente anemia hemorrágica. Al mes siguiente, otra epistaxis grave, que cedió a las seis horas. Las manifestaciones purpúricas aparecen muy numerosas e intensas, a nivel de la piel de las grandes articulaciones de los miembros, en forma de placas de dimensiones variables, entre 3 y 5 centímetros, y de forma irregular o redondas. La coloración de los elementos purpúricos, muy oscura. Los traumatismos, por insignificantes que sean, le producen «manchas azules» como a su madre. Rumppel-Leede, muy positivo; TS (Duke), 6 minutos TC, 5 minutos (normal: 5'-8'). Sin retracción del coágulo a las veinticuatro horas. Eritrocitos por mm. c., 4.100.000; leucocitos, 15.200; plaquetas, 16.400 (de forma normal, pero sin tendencia a aglutinar); neutrófilos segmentados, 76 por ciento; insegmentados, 12 por ciento; linfocitos, 10 por ciento; monocitos, 2 por ciento.

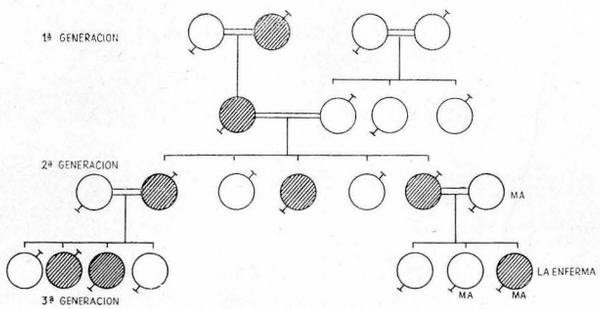
Diagnóstico: púrpura hemorrágica trombopénica.

CASO N.º 2.—Niña de cinco años. Antecedentes de diátesis hemorrágica. Nunca ha tenido hemorragias. En los ascendientes se encuentran hemorragias, especialmente epistaxis, como se puede ver en la genealogía adjunta. (Véase esquema.)

Se trata de una genealogía típicamente hemofiloide. En todos los individuos afectados se presentan epistaxis intensas, igualmente que otras hemorragias asociadas. En ninguno de ellos se han encontrado púrpuras. La madre de la niña presenta «manchas azules», como la enferma; pero, sin embargo, el signo del lazo de Rumppel-Leede siempre es negativo, tanto en la madre como en la enferma. Después de cuatro años que la enferma presenta una gran tendencia a epistaxis, tiene una hematuria de mediana intensidad durante un mes, presentándose después de esto una serie de epistaxis copiosas y numerosas. La última de ellas, abundante y difícil de contener, realizando a las veinticuatro horas de ésta las investigaciones clínicas y hematológicas.

No presenta adenopatías, ni hipertrofia del bazo. Ninguna hemartrosis ni hematomas. Rumppel-Leede, negativo; TS, 2 minutos; TC, 8 minutos (normal). Plaquetas por mm. c., 220.000, de forma y aglutinación normales; neutrófilos segmentados, 24 por ciento; insegmentados, 2 por ciento; eosinófilos, 4 por ciento; Mastzellen, 2 por ciento; linfocitos, 62 por ciento; monocitos, 4 por ciento; células de Türk, 1 por ciento. Retracción del coágulo, a las veinticuatro horas, muy retráctil, en clavo.

Diagnóstico: hemofiloide.



Círculos blancos: Sin diátesis hemorrágicas. Círculos rayados: Con diátesis hemorrágicas. M. A.: Manchas azules.

La constitución hemofiloide, descrita por MAS Y MAGRÓ en 1926, lo mismo que la hemofilia vera, debe estar considerada como una diátesis constitucional. En efecto, es hereditaria y familiar, presentándose algo más en los hombres que en las mujeres. Se transmite por los hombres, afectos o no. En el primer grupo de la hemofiloide, las hemorragias empiezan a aparecer un poco antes de la pubertad y terminan en el momento de la misma, que es el caso más frecuente. En el segundo grupo, el estado hemorrágico empieza en la primera infancia, a los tres y cinco años, y algunas veces a los dos y cinco meses, terminando en la pubertad. En el tercer grupo aparecen en el momento de la pubertad y cesa de los 18 a 20 años.

Siendo las epistaxis las hemorragias más frecuentes de la hemofiloide, sin embargo ellas no constituyen toda la sintomatología hemorrágica, aunque dominan el cuadro clínico, tanto por su importancia como por su constancia.

Con el nombre de *hemorragias nasales habituales*, BAUER describe ciertas epistaxis, no sintomáticas, que aparecen sin ningún motivo o por efecto de un traumatismo insignificante, en individuos predispuestos, de constitución linfática o artrítica, y en los cuales los pequeños traumas producen sobre la piel las «manchas azules» (blauen Flecken, de Bauer).

Factores de la hemofiloide.—1.º La herencia. En efecto, según MAS Y MAGRÓ, se realiza de los ascendientes, en la siguiente relación: masculinos, 62'2 por ciento; femeninos, 22'7 por ciento; los dos sexos, 0'1 por ciento.

De ello resulta que la herencia se realiza, en la mayoría de los casos, de los progenitores masculinos. En lo que se refiere a la inhibición de la herencia en la hemofiloide, MAS Y MAGRÓ pudo constatar que se hace frecuentemente en los progenitores femeninos (factor de inhibición femenino, según BATESON). He aquí la influencia de la inhibición de los sexos: masculino, 0; femenino, 71'4 por ciento; los dos sexos, 28'6 por ciento.

2.º Las taras sanguíneas son negativas. TC y retracción del coágulo son normales. Las plaquetas, con una cifra normal en un 10 por ciento; aumentadas, un 35 por ciento, o ligeramente disminuídas, en un 55 por ciento de los casos, presentando forma normal y aglutinación perfecta. En cuanto a los elementos morfológicos de la sangre, están poco más o menos inalterados; por otra parte, se observa frecuentemente una eosinofilia y de vez en cuando una linfocitosis ligera fuera de los accidentes hemorrágicos y aumentando más durante la hemorragia (MAS Y MAGRÓ).

3.º Las taras vasculares son negativas. En la hemofiloide faltan por completo las telangectasias, las capilaritis y las endoteliosis, siendo, en consecuencia, negativo el signo de Rumppel-Leede, y el TS es normal. Pueden encontrarse las «manchas azules» de Bauer como en otras diátesis hemorrágicas. Según MAS Y MAGRÓ, tienen la significación de una alteración de naturaleza neurovegetativa, y, por otra parte, estas manchas son hereditarias por vía femenina.

4.º Ausencia de hematomas, hemorragias intracavitarias, hemartrosis. En la hemofiloide las hemorragias que ordinariamente se pueden observar son: epistaxis, hematemesis, hematuria, enterorragias y hemorragias hemorroidales, la mayor parte de las veces asociadas a una epistaxis.

RESUMEN

Se presentan dos casos de diátesis hemorrágicas. El primer caso se caracteriza por ausencia de una genealogía hemorrágica; positividad de las taras sanguíneas y vasculares, tales como trombopenia, irrectractibilidad del coágulo sanguíneo, prolongación del tiempo de sangría, signo del lazo positivo, no aglutinación de las plaquetas, manifestaciones purpúricas y hemorragias.

En el caso segundo, por el contrario, nos encontramos en presencia de hemorragias (epistaxis y hematuria) que se muestran con los caracteres genealógicos y somáticos de la hemofiloide, los cuales son diferentes a la primera observación; es decir: noción de una genealogía precisa; negatividad de las taras sanguíneas y vasculares y la ausencia de púrpuras. En el primer caso se trata de una púrpura hemorrágica trombopénica, y en el segundo, de la hemofiloide de Mas y Magró.

BIBLIOGRAFÍA

BAUER, J.—«Die konstitutionelle disposition zu inneren Krankheiten». Berlín, 1917. Verlag-Springer.

BAUER, J., und BAUER, M.—*Zeitschrift f. klinische Medizin*, 1913. Bd. 79-13.

CHEVALIER et GOLDBERG.—«Les hemophilies». *Revue de Medecine*, 1913, n.º 2, 126.

MAS Y MAGRÓ, F.—«Estudio sobre la constitución hemofiloide. I. Hemofiloide en la mujer». *Archivos de Cardiología y Hematología*, 1923, IV.

MAS Y MAGRÓ, F.—Ibídem. II. «Etiología, hematología, patogenia y profilaxis de la hemofilia». *Archivos de Card. y Hemat.*, 1924, V.

MAS Y MAGRÓ, F.—Ibídem. III. «La herencia en la hemofiloide». *Archivos de Card. y Hemat.*, 1930, XI.

MAS Y MAGRÓ, F.—«L'hemophiloide». *Strasbourg Medical*, 1926, 385-393.

MAS Y MAGRÓ, F.—«Nosología de las diátesis hemorrágicas». Madrid, 1930.

MAS Y MAGRÓ, F.—«Hematología y patología de la sangre». Madrid, 1943. Edit. Aguado.

Domicilio: Pza. Calvo Sotelo, núm. 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

COMPLEJO DEL YO Y LA CIRCUNSTANCIA

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

La vida presenta dos aspectos o modalidades: una de ellas obedece a una causalidad externa de orden cósmico; por la otra obedece a un principio interno de correlación orgánica y funcional constitutivo-inmanente propio de toda forma vital.

A todo organismo vivo preside un sistema unitario, desde la célula embrionaria hasta la estructura más compleja, dotado de una razón de finalidad; finalidad en lo simple y elemental, y finalidad en lo compuesto, y ello es consecuencia necesaria por cuanto las partes y el todo son una misma naturaleza.

Este sistema o plan de unidad vital no lo podemos concebir sino *a posteriori*, reconociendo mecanismos de coordinación y subordinación entre los distintos elementos, que por una parte son materiales con sus operaciones físico-químicas, y por otra mecanismos de correlación o de información funcional por las que las partes y el todo se completan como ser organizado o viviente.

Si para el cosmólogo la vida es una razón de inmanencia, para el naturalista y biólogo la vida es una razón de origen, operación y fin en sus escuetas razones esenciales. Para éste, la vida es un comienzo, un porqué genético; una operación, fisiología y patología de formas y funciones; un fin, el de ser en sí totalizado como proyección histórica de la especie en el tiempo y el espacio.

En la serie de causas, la finalidad es el género supremo en todo ser organizado, y esas otras que se consideran como determinantes, predisponentes y ocasionales, son subsidiarias de esa principal.

Entendemos por finalidad una potencia ordenadora de realidades vitales; en sentido estricto, es una inteligibilidad en razón de formas y funciones.

Ante el hecho de los seres vivientes, la vida en general, nuestro pensamiento abstrae conceptos y cualidades, con los cuales reconstruye en labor de síntesis del conjunto de datos, la idea genérica o específica que se trata de valorar y que en nuestro caso son principios que afectan a causas mecánicas, fisiológicas y psíquicas.

Desde un orden mecánico o físico, nuestra formulación obedece a las leyes que rigen los cuerpos en general; el espacio, tiempo y materia, con sus principios físicos matemáticos, nos dan la clave de los seres en su dimensión cósmica más elemental.

Desde un orden fisiológico, nuestra formulación corre a cargo de los principios de lo funcional en su aspecto específico de intercambio de elementos simples que estudia la bioquímica, con sus leyes de nutrición.

Desde el punto de vista psíquico, la vida penetra en un sistema de formulaciones cuyas leyes rigen dos mundos, el del yo y el del no yo, por los cuales somos seres inmersos en el conjunto cósmico, como células activas, sujetos de reacciones y contrarreacciones, de continuos efectos entre sí o psicosomáticos de positiva contingencia vital en un orden específico causal.

Todos estos órdenes de causalidad, obedeciendo a principios de correlación, dan lugar a ese infinito de manifestaciones objeto de la bioquímica, que con sus pasos contados logra abrirse paso con sus métodos y experiencias.

Llegados aquí, es difícil delimitar lo circunstante; porque si reconocemos un mundo próximo cósmico, tenemos que reconocer un mundo ilimitado, imponderable, de valoración espiritual, por el cual el hombre vive absorbido en el temario científico-cultural y metafísico del momento, sin olvidar ese factor en el que nuestro *zoon politicon* se adscribe por naturaleza o temperamento.

Desde un punto de vista cósmico, toda vida es una inscripción de leyes espacio-temporales independientes de una voluntad específica y propia del ser que es tal ser; sólo el hombre es capaz de borrar esa barrera del ser inscripto de modo cósmico fatalista, por esa otra que le cualifica como ser con poder de adaptación, creador de causas que le capacitan a dominar la naturaleza, asimilando sus valores elementales; dominar las circunstancias es la razón de todo progreso, y la clínica no hace excepción.

Por lo tanto, la circunstancia constituye para nosotros un problema de complejas razones de causalidad; entre el yo y el no yo se ponen en actividad valores tanto ponderables como imponderables con los que se establecen sistemas de captación o repulsión según los casos, apetencias, afinidades o sus opuestos, renuncias y oposiciones; de nuestro poder de captación, de nuestra fuerza viva y poder de adaptación ante estímulos dispares, depende nuestra salud o nuestra morbosidad.

Intuir la naturaleza de la clase de esfuerzo para vencer las resistencias y agresiones de cada momento, constituye ese natural o disposición innata, que no es una concesión gratuita para los individuos en particular. La circunstancia es avara de imprevisto, y todo imprevisto pone en actividad nuestros sistemas de regulación, cuya sede, el diencéfalo, parece actuar como poder moderador o mecanismo regulador entre el yo funcional y el mundo circunstante, ante sus constantes estímulos de alcance morboso. Es paradójico que el hombre busque la atarasia a través de su opuesto del agobio, surmenaje y fatigas de todo género.

Vitalmente, la circunstancia imprime carácter a todo lo humano. Si afirmamos que la vida tuviere un límite preciso en nuestro ser individual y físico, diríamos un contrasentido. Nuestros cuerpos, en sentido estricto, no son porciones delimitadas de materia; somos seres de horizontes de ilimitadas tensiones cósmicas; cada ser, sea cualquiera el reino natural a que pertenezca, está condicionado por dichas tensiones que cumplen una razón morfogenética de finalidad; el insecto, el pez, el ave; el hombre no hace excepción, somos hijos y producto de leyes en que la materia y energía nos facturan en fugaz tránsito cosmovital. Nuestra bioquímica es una bioquímica de equivalencia universal. La rata, el conejillo de Indias, son nuestro análogo con sus leyes funcionales, con sus sistemas vitales de vida universal.

Si la circunstancia crea el climax en los vegetales, el hábitat en seres animados menos diferenciados, la circunstancia (y uso esta palabra porque no tenemos otra)

con sus reflejos múltiples sobre los individuos, condicionan tanto nuestra salud como nuestros estados morbosos.

Como socialmente estamos embarcados en procesos y técnica de superación por los espíritus más ágiles y mejor dotados, cada ser que viene a la vida se encuentra con formas nuevas y cada vez más complicadas de vida. Esa superación que le ambienta hace que se comprometa en el torrente de los tiempos nuevos y no sin esfuerzo ni dolor. Esta perspectiva ambiental nos obliga a romper el crisol tradicional, donde la vida era un simple existir laboral o romántico para enrolarse apenas se tiene uso de razón en los nuevos moldes sociales que el tiempo nos depara con todo su aparato instrumental o mecánico. Las circunstancias obligan a las más diversas actividades de las cuales somos vencedores o vencidos; no importa el tiempo, porque éste lo medimos por el acontecimiento, y éste es actual y fugitivo que se evade rápido al pasado.

La circunstancia pone a prueba nuestro yo individual y físico en correspondencia con el no yo o el espacio vital en que se vive. Comparad el hombre en el sueño vital de los pueblos asiáticos con este hombre occidentalizado, machacado por las teorías y filosofías, por el maquinismo, lo subterráneo, lo subacuático y ahora acuciado por lo espacial y por los juegos cambiantes de un esquinado caminar hacia una meta de incertidumbre y acasos.

Finalidad, finalidad. ¿Cómo? Con los músculos, con la cabeza, con las manos, con el arte, la literatura, la política; con una vocación mística; con una renuncia a esto o a lo otro o a lo de más allá; finalidad después de todo. Destino próximo o forma de vida en que se acepta estoicamente, mansamente, lo que llamaríamos la opresión de la cultura.

En consecuencia, aceptar la circunstancia es aceptar el presente, es encarnarse en los contornos que la cultura nos presenta, con premio o con castigo, sin que quepa renuncia o evasión.

Así como nuestra fisiología es resultado de un mecanismo de regulación entre la materia y sus leyes, de un lado, por otro, en la que los estímulos son condicionados por complejos de actividad nerviosa, que son los que transmiten órdenes de inhibición o su contrario de excitación. sin que de toda esta fenomenología nos sea consciente, clara y distinta de igual manera entre nuestro yo físico y nuestro yo circunstante, tenemos que admitir otro mecanismo de regulación, no sólo de naturaleza vegetativa, sino de los derivados de nuestra condición racional o intelectual.

Ahora bien, como lo circunstante es un factor dominante impuesto de las actuales formas de vida, y lo social, con sus imperativos, altera todo lo que de individual estamos dotados. obligándonos a participar con todas nuestras fuerzas en ese inmenso universo que son las relaciones humanas, se comprenderá que la circunstancia nos obliga a poner en ejercicio toda nuestra personalidad, la física y la psíquica.

La clínica actual se enfrenta con una casuística cada día más copiosa de estados morbosos en los que el sistema nervioso figura en primer plano, por ser el sistema encargado de recibir la confusa y enmarañada corriente de impactos del mundo circunstante. Este sistema, con su función perceptora y receptora, de un lado, y la otra simplemente vegetativa en su doble manifestación, dan lugar a un sistema de correlaciones funcionales cuyo desequilibrio es la regla en esta sociedad dominada por el agobio, la prisa, la desesperanza, cuando no por el desamparo.

Lo circunstante es nuestra atmósfera vital, y fácil será llegar a deducir que, dada su importancia en orden a nuestra salud física y moral, su estudio y comprensión tiene envergadura supraindividual o social en toda la línea; en este sentido, la salud social tendrá su adecuado exponente en la salud de los individuos.

Teniendo en cuenta estas premisas, el clínico debe poseer un juicio sintético necesario para valorar esa relación entre nuestro yo y el no yo o circunstancia en aquella medida que le adoctrine en su quehacer terapéutico, el cual, en buena lógica, debe responder a una medida racional entre la causa y el efecto que se trata de conseguir.

La patología actual ha entrado en una fase nueva de matices inéditos a causa del polimorfismo de los valores sociales en que estamos inmersos, de los que debemos tener cuenta por imperativo del momento, porque lo humano es razón de sí y de otro, complejo de causas sociales, ambientales, económicas, laborales, afectivas, sentimentales, familiares, que modelan, no la figura, pero sí el ser vital desde el simple reflejo vegetativo hasta el más complicado sistema de regulación de nuestros centros nerviosos superiores, dando ocasión a las más variadas especies morbosas, en cuyo más alto nivel se manifiestan desgarros de la personalidad, o que el yo se consuma en la inferioridad o se quiebre en un afán de superioridad, sin contar con esos estados de perplejidad, indecisión y angustia o inseguridad, o en una irreversible inadaptación en la trayectoria de la vida; en fin, todo eso que la filosofía y el arte literario airean en estos tiempos, son los fantasmas invisibles que, agazapados tras lo circunstante, torturan la vida del hombre.

RESUMEN

Se exponen conceptos generales que versan sobre nuestra razón de finalidad orgánica y funcional, teniendo en cuenta el factor circunstancia como causa de las más variadas y complejas manifestaciones clínicas debido a alteraciones de los mecanismos de regulación, propios de la vida vegetativa y de la vida psíquica que, con reflejos múltiples, condicionan tanto la salud como la enfermedad.

Domicilio: General Franco, 66. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA, AFECCIONES CARDÍACAS Y OTROS SÍNDROMES DEL APARATO

POR EL

DR. A. ENRIQUE DELSO BLANCO

GALLOCANTA (ZARAGOZA)

DESARROLLAMOS este tema desde el punto de vista práctico, tomando una visión de conjunto que nos facilite en el momento una actuación rápida y lo más completa posible.

Como en la mayoría de los procesos circulatorios o, más concretamente, cardiopáticos hemos de encontrar una insuficiencia cardíaca, comenzaremos por estudiar las medidas más prácticas para combatirla, pasando después a otras indicaciones del tratamiento. De ahí que antes de iniciar éste recomendemos el máximo interés en dilucidar si existe o no insuficiencia circulatoria.

Para los casos con cardiopatías compensadas cabrá tan sólo el tratamiento etiopatogénico que más adelante indicamos, así como toda terapéutica y profilaxis contra todo aquello que pueda acelerar la marcha hacia la descompensación, y el oportuno de los síndromes que puedan surgir por la índole del proceso.

Diagnosticada, pues, la descompensación, empezaremos echando mano, en primer lugar, de los tónicos cardíacos, y como más prácticos, la estrofantina o la digitalina. No confundir tónicos con analépticos circulatorios.

Si la insuficiencia es con taquicardia marcada, se utilizará la digitalina. Pueden usarse los lanatóxidos o la digitoxina. Con los primeros hay menos peligro de intoxicación, pero, sin embargo, se absorben en menores y variables proporciones, ocurriendo casos en que apenas se absorben, no dando los resultados apetecidos. Los segundos se aprovechan en casi su totalidad, necesitando un mayor control, pues se acumulan con mayor facilidad. Por lo cual, en los casos susceptibles de vigilar bien, se recomienda la digitoxina, siendo lo ideal llegar a una dosis diaria, que será la que en el transcurso de veintiún días haya sido efectiva y no produzca intoxicación.

La digitalización para salvar la descompensación que se nos presenta puede ser de choque en una o dos tomas; en dos o tres días, o en más tiempo. Según el caso lo requiera, se echará mano de una u otra. Una vez vencida la descompensación, se seguirá con la dosis diaria de sostén, que como un suplemento cotidiano se le debe suministrar a ese corazón permanentemente. Nos será fundamntal, pues, tantear buscando esa dosis ideal que resulte serlo al menos durante los veintiún días, como dijimos.

Llegar y acertar con una dosificación exacta, individual en la mayoría, será de lo más trascendental en estas terapéuticas. Muchas veces no se obtienen buenos resultados y es culpa únicamente de mala dosificación.

Un estasis portal marcado nos obligará a darla por otra vía que no sea la oral, especialmente la intravenosa.

Dando digitalina no se podrá utilizar seguidamente la estrofantina sin haber pasado tres o cuatro días, o viceversa. Sin embargo, parece ser que buenas dosis de vitamina B_1 pueden facilitar estas aplicaciones con menos intervalo de descanso. No obstante, vale más ser cautos y prudentes.

La digitalina no se dará en bloqueos confirmados, ni tampoco en descompensados con pulso de frecuencia normal o bradicardia.

En las insuficiencias con apenas taquicardia o sin ella, se echará mano de la estrofantina, aun cuando además existen otras indicaciones de la prescripción estrofántica, como descompensaciones en infecciones; de insuficiencia de ventrículo izquierdo; de origen debido a lesiones miocárdicas arterioesclerosas y graves; dilataciones leves o muy grandes, etc. Se recomienda llevarlas a cabo por vía intravenosa, para garantizar al máximo su aprovechamiento. Por vía intramuscular cabría una absorción parcial, muchísimo más temida en obesos, y por el estasis tisular, que con frecuencia no habrá de faltar.

La dosificación será prudente en la primera inyección y tanto más cuanto mayor descompensación exista; quizá menos de un cuarto de miligramo, para ir aumentando en días sucesivos, hasta obtener efectos óptimos sin intoxicaciones.

La glucosa o solución de glucosa hipertónica, por su acción metabolizante y vasodilatadora sobre coronarias, en general nutritiva, y otras como diurética, etc., se utilizará siempre que se pueda en toda cardiopatía, muchas veces mezclada con los mismos tónicos cardíacos.

La vitamina B_1 es un buen coadyuvante y la sustancia ideal en las dilataciones cardíacas de los alcohólicos.

Cuando se aprecie gran agitación psíquica y angustia (como ocurre en el edema agudo de pulmón, etc.), se impone además un sedante que puede ser incluso la morfina hasta 1'5 centigramos, por vía intravenosa (ésta no se dará cuando escasee la ventilación pulmonar o sean los movimientos respiratorios). En casos menos intensos y hasta en muchos de solapada agitación que puede pasar inadvertida, ejercería muy favorablemente una sedación oportuna. Interesante es, pues, observar esta situación en los cardiópatas, para subsanarla.

Siempre estará recomendada la administración bien dirigida de oxígeno, y especialmente en los agudos y dramáticos.

Cuando la insuficiencia se acompañe de torpor central (sopor, obnubilación, coma, etc.), especialmente en los casos de intoxicación ya infecciosa o de otro tipo, no se dejará de administrar analépticos y estimulantes centrales, del tipo de la cafeína preferentemente.

Con gran frecuencia, al empezar a tratar una descompensación existirán edemas y estasis de consideración. En estos casos se facilitará mucho la acción de los tónicos cardíacos provocando una derivación de los mismos, para lo cual podemos utilizar tres procedimientos: sangría, diuréticos y drásticos.

A la sangría, hoy día, se le consideran bastantes limitaciones y peligros, especialmente en edades algo avanzadas y arterioesclerosis. Donde mejor parece actuar es en edemas agudos de pulmón y en jóvenes, donde habrá de ser de 300 a 500 centímetros cúbicos y realizada con rapidez, seguida, especialmente en este caso particular, de la inyección intravenosa de estrofantina con glucosa hipertónica, pudiendo dar además, para completar ya el tratamiento de este caso particular, aminofilina, oxígenoterapia, la inicial inyección de morfina, etc. Siguiendo ahora con las indicaciones generales de las sangrías, diremos que si existe hipertensión no estará

contraindicada, mas si hay hipotensión habremos de cerciorarnos antes de que por lo menos haya hipertensión o extasis venoso.

Los diuréticos son otros de los descongestionantes que se utilizarán. Para éstos se recomienda se haga antes la tonificación cardíaca. Se utilizan con frecuencia, y si no existen contraindicaciones de insuficiencia renal, los mercuriales, procurando que la acción diurética no sobrepase los 2'5 litros diarios y los seis días, por peligro de colapso y trombosis. Cuando la acción de éstos pareciera ineficaz, se administrará antes cloruro amónico.

Modernamente se pueden utilizar solos, y aun asociados a los mercuriales, otro tipo de diuréticos como la clorotiazida.

Los drásticos nos ofrecen sus buenos efectos en los primeros momentos de ataque a las grandes cardiopatías congestivas, utilizándose muy corrientemente la siguiente fórmula: aguardiente alemán, jarabe de espino cerval, 25 gramos, tomado de una vez. La acción derivativa, si fuera necesario, en días sucesivos, se podría seguir con los diuréticos, los cuales aquí ya contarían con su requerida tonificación cardíaca previa, por haberse administrado el tónico cardíaco el día anterior o días anteriores.

Venimos refiriéndonos más bien a las descompensaciones con gran estasis y edemas. Sin embargo, llamaremos la atención de que en la gran mayoría de descompensados, si no hay edemas visibles, sí que suele haber retención en más o menos grado de ClNa y agua, lo que no favorece nada al cardíaco, ya que, sobre aumentar su peso, supone una mayor resistencia periférica que cierra un círculo vicioso. Por lo tanto, además de utilizar los procedimientos deriváticos heroicos que hemos citado para las grandes descompensaciones con gran estasis, consideramos que, elegido y estudiado cada caso, será muchas veces conveniente realizar una acción derivativa en mínimo grado o en el grado que corresponda, en toda insuficiencia cardíaca, aunque sea leve.

La acción derivativa, en estos casos, ha de ser utilizando con suavidad y cautela los diuréticos y manejando con conocimiento de causa los regímenes privados de ClNa, que en estos casos no se hará uso de la sangría ni de los drásticos.

En toda práctica descongestiva hemos de tener en cuenta que, debido a pérdidas de ClNa y agua, se produce un descenso de peso y depleción, con baja de la tensión arterial, y de aquí vienen sus beneficios y perjuicios, por lo que hemos de tener gran cuidado a qué límites desciende la tensión, pues podría surgir una hipotensión que haga más costosa la función cardíaca, o llegar incluso a producirse colapso, y si se trata de personas de edad, hasta trombosis. De lo cual tomaremos las siguientes precauciones: cuando exista hipertensión, dejar que baje, pero no bruscamente, ni tampoco por debajo de límites peligrosos, que serán los intermedios entre la tensión normal y la hipertensión que presenta el enfermo. Si la tensión arterial se presenta normal, la acción derivativa se llevará a cabo únicamente cuando sea francamente necesario y teniendo el máximo cuidado en mantener a límites normales la tensión, ya bien con los tónicos cardíacos y, si necesario fuera, recurriendo al cardiazol, simpatol, efedrina, etc.

En todo cardíaco más o menos descompensado, consideramos útiles los regímenes privados de ClNa, tanto en lo que se refiere, según los casos y circunstancias, a la restricción o privación del cloruro sódico, como a la restricción y privación de los alimentos que lo contienen. Cada caso marcará la pauta a seguir, pudiendo prescribirse permanentemente una restricción suave de este producto y a veces hasta intercalar días de privación absoluta. También aquí se controlará la tensión y el peso, pues necesariamente bajará éste con disminución de aquélla, y el peligro consiguiente, según atrás indicamos.

La medida de la tensión arterial es fundamental para la terapéutica del cardíaco. La hipertensión sobrecarga el corazón y se ha de combatir; si se da en un cardiópata descompensado, se empezará con la acción derivativa, que a veces será suficiente para bajar las cifras elevadas. Si se tratase de un enfermo compensado, recurriendo a las terapéuticas hipotensoras conocidas, pero siempre con los cuidados para evitar un descenso peligroso.

Util resultará en el cardiópata hipertenso añadir la teobromina, aminofilina, etcétera, pues nos servirán de hipotensores, tónicos cardíacos, broncodilatadores y diuréticos. De sus acciones farmacológicas se deducirán otras aplicaciones, pareciendo arriesgado, no obstante, utilizar estos fármacos en enfermos con tensión baja o normal, y más aún si se trata de arterioesclerosos ancianos, por el peligro de trombosis, pues también parece ser favorecen algo la coagulación.

En enfermos de circulatorio con tensión baja se tratará por todos los medios de subirla a términos normales recurriendo a la efedrina con precauciones, simpatol, etc., como los más indicados. Hemos de tener en cuenta que si se trata de un descompensado, se pueden recuperar las cifras normales, a veces, tan sólo con la notificación cardíaca.

Todas las normas que venimos diciendo son aplicables a las complicaciones circulatorias de las enfermedades infecciosas; pero debido a las peculiaridades que coinciden en éstas, queremos insistir aparte advirtiendo que habrá que tener muy en cuenta siempre tres factores, de cuyas anormalidades puede venir la insuficiencia circulatoria: un factor cardíaco, otro vascular periférico y el factor central. Si no se analiza bien de qué factor o factores proviene la caída circulatoria, corremos el riesgo de no poderla combatir. Por lo tanto, será de suma importancia, antes de decidirse a actuar, saber cuál o cuáles son los causantes, ya que a veces influyen todos, especialmente si el proceso es bastante toxémico y se prolonga. Si la causa es una caída vascular periférica (muy probable en procesos de bastante toxicidad en jóvenes sin antecedentes circulatorios, sin arritmias ni otros signos de cardiopatías, etc.), será fundamental controlar estrechamente la tensión arterial y la frecuencia del pulso, habiendo de procurar normalizarlos, preferentemente a base de cardiazol, simpatol, efedrina u otros analépticos periféricos.

Cuando influye además un factor cardíaco (miocarditis aguda o crónica, cardiopatías anteriores, etc., que en este caso, además de los signos de insuficiencia circulatoria existirán arritmias, soplos orgánicos y otros signos de lesión cardíaca), si se trata de una miocarditis aguda surgida en el proceso infeccioso o tóxico, muchas veces se podrá mantener el tono con la estricnina, recurriendo en caso contrario a la estrofantina y no a la digitalina, a no ser que haya una indicación muy precisa. Si la cardiopatía fuera anterior al proceso agudo, se recurrirá a tonificar, ya con estrofantina o digitalina, según se tuviese por norma anteriormente en el enfermo.

Si la caída circulatoria es causada por una insuficiencia de los centros nerviosos circulatorios y respiratorios, se recurrirá además a los analépticos centrales, especialmente a la cafeína y otros sucedáneos comerciales, amén de la oxígenoterapia bien administrada, que, por otra parte, estará indicada en la gran mayoría de las insuficiencias circulatorias. Puede darse el caso que el único factor causante sea éste, el central (personas sanas que han caído más o menos bruscamente en una u otra intoxicación o toxiinfección), aun cuando la mayor parte de las veces este factor contribuirá con los otros citados. Peculiar de su participación será el sopor, somnolencia y hasta el coma. Ni que decir tiene que en las enfermedades infecciosas se tendrán en cuenta, además, las indicaciones de los restantes elementos terapéuticos que hemos citado, por si fueran precisos otros como sedantes, deriva-

tivos, teofilina, etc., o de los de orden etiopatogénico que después describiremos.

Siguiendo comentando ahora el tratamiento particular de algunos síndromes que por sus características se destacan, exponemos los siguientes:

Taquicardia paroxística.—Compresión de globos oculares y del seno carotídeo derecho. Sedación con luminal y hasta morfina intravenosa, 1'5 centigramos, intravenosa en casos intensos. Inyección de fisostigmina, de acetilcolina. Si no cede, se utilizará la quinicardina, previa tonificación cardíaca en el caso de que la taquicardia haya surgido en un cardiópata insuficiente o que en el curso de la misma se haya desarrollado la insuficiencia. Gluconato cálcico al 10 por ciento; sulfato magnésico al 20 por ciento.

Fibrilación auricular.—Si se trata de un acceso agudo con su dramático síndrome, se echará mano de la digitalina intravenosa, para, en el momento de considerar suficientemente tonificado el miocardio, instaurar la quinicardina, que restablezca el normal origen del latido. En otros casos, cuando la función cardíaca estuviera más comprometida, pudiera utilizarse la estrofantina en lugar de la digitalina.

Bloqueos cardíacos.—Efedrina o atropina de fondo, además de llenar, como hemos venido diciendo, otras indicaciones que pudieran existir. Si se tratase del síndrome de Stokes-Adams, se dará inmediatamente adrenalina, estrofantina con solución de glucosa hipertónica intravenosa, y analépticos centrales. Cloruro de bario.

Angina de pecho.—Inhalaciones de nitrito de amilo. Solución alcohólica de nitroglicerina al 1 por ciento, dos gotas debajo de la lengua, que se pueden repetir cada dos o tres minutos, hasta enrojecimiento de cara, o trinitrina masticada, una o dos grageas. Vasodilatadores como ácido nicotínico, papaverina, aminofilina. Sedantes y analgésicos como luminal y hasta morfina. Oxígenoterapia. Vencido el acceso agudo, se pasará revista a las causas o coadyuvantes de la insuficiencia coronaria, para tratar ya una sífilis, arterioesclerosis, hipertiroidismo, anemia, etc.

Infarto de miocardio.—Morfina, la primera vez 1'5 centigramos intravenosa. Los vasodilatadores como el nitrito de amilo, nitroglicerina, ácido nicotínico, aminofilina, papaverina, etc., ya dichos. Oxígenoterapia. Si existe insuficiencia cardíaca, digitalina, y analépticos (simpatol, efedrina, cardiazol) si hubiera shock, colapso. Heparina. Antibióticos. La terapéutica sintomática.

Ictus apoplético.—Si por hemorragia cerebral (con bastante probabilidad, si aparece el ataque bruscamente con caída y sin pródromos, en un hipertenso, con facies bultuosa y congestiva, etc.), inyección de acetilcolina-yohimbina, hielo en la cabeza, reposo. Si aparece insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón, palidez, etc., sangría, cerciorándonos de la hipertensión venosa: estrofantina intravenosa con glucosa hipertónica, etc. Vigilar micción y defecación para sondar, si fuese necesario, lo mismo que evitar ulceraciones. Antibióticos desde el primer momento, como profilaxis de infecciones. Si no cede, no tardar en administrar cortisona con las precauciones debidas. Muchas veces, acción favorable con diurético mercurial, por atacar al edema cerebral.

Si por trombosis (ictus con pródromos y cefaleas intensas, no hipertensos, etc.), inmediatamente aminofilina intravenosa, que se repite de no obtener resultado a los diez o quince minutos, y si se aprecian resultados favorables, se seguirá con dos invecciones diarias, y pasados unos días, una, hasta un mes. De no obtener resultados desde el primer momento con la aminofilina, se abandona. Acido nicotínico

con solución de glucosa hipertónica intravenosa. De no obtener resultados, se instaurará, sin perder tiempo, un tratamiento con cortisona. Anticoagulantes del tipo de la heparina, pero únicamente en casos de seguro diagnóstico de trombosis. Además, el reposo, vigilancia de esfínteres, antibióticos, etc., y el tratamiento adecuado de las complicaciones que pudieran surgir.

En la embolia (muy probable si el ictus es fulminante y se trata de un joven con palidez, lesiones valvulares, etc.), inyección de acetilcolina-papaverina, ácido nicotínico. Tonificar corazón. Tratamiento sintomático.

Pasando ahora al terreno etiológico, y si tenemos en cuenta que prácticamente en el origen de las cardiopatías pueden intervenir una obesidad, hipertensión arterial, sífilis, rumatismo cardioarticular, infecciones agudas pasadas, infecciones crónicas, focos de croniosepsis, intoxicaciones agudas y crónicas, ya exógenas (alcohol, tabaco, etc.), ya endógenas (uremia, diabetes, estreñimiento, etc.); procesos crónicos pulmonares («cor pulmonale»), anemias intensas y prolongadas, hipertiroidismo, avitaminosis B_1, y la gran causante, la arterioesclerosis, no cabe insistir mucho en la importancia de hacer un tratamiento a fondo y bien llevado de los procesos anteriormente descritos, cuando sean hallados en nuestros enfermos.

Nos detendremos someramente en el caso de la arterioesclerosis, en atención a su gran importancia etiológica. Cuando se descubra ésta, hacer un tratamiento con heparina-lipocaica desprovista de acción anticoagulante, el cual será lo más prolongado que se pueda. Se alternará o se dará junto con la rutina, así como también se pueden utilizar tandas de yodo. Un régimen de vida sano, higiénico, sin emociones ni trabajos fuera de sus posibilidades (vida poco activa, pero no del todo inactiva), con dietas desprovistas, en cierto modo, de grasas, aunque tan trascendental será que sean dietas no hipercalóricas.

Debido a la rigidez de los vasos y disminución de su luz impuesta por la arterioesclerosis, serán de gran eficacia las medidas que tiendan a dilatar éstos, favoreciendo la nutrición tisular. Consideramos, pues, eficaz utilizar con constancia y científicamente algunas sustancias que además nos ofrecen otras buenas acciones, como serán la testosterona, mejor en dosis de depósito y durante meses; la padutina-depot; el mimo yodo; la eufilina, si hay algo de hipertensión, etc. Esta acción vasodilatadora periférica será beneficiosa además en otros muchos procesos de otro origen, con reblandecimientos y anoxia tisular en corazón, por favorecer, como digimos, la llegada de mayor cantidad de sangre a los tejidos, amén de otras acciones metabolizantes y eutróficas para algunas, como especialmente la testosterona.

Apéndice

En todo tratamiento a cardíacos, tener presente en la mente una lista esquemática en que figuren los tónicos cardíacos, sedantes, analépticos centrales, diuréticos, drásticos, sangría, oxígeno, analépticos periféricos y vasoconstrictores, y tratamientos etiológicos oportunos, etc., para pasar revista uno por uno a estos grupos medicamentosos, al objeto de que, recordándolos, no se nos pase por alto alguna fundamental indicación.

RESUMEN

Se trata, en el presente trabajo, del estudio global del tratamiento de la insuficiencia y afecciones cardíacas. Se hace hincapié en recordar especialmente las indicaciones de los tónicos cardíacos, sedantes, analépticos, diuréticos y drásticos, oxígenoterapia y demás tratamientos etiológicos y patogénicos, de una manera esquemática y sencilla, tanto más útil por facilitar la visión de conjunto y a la cabecera del enfermo, para la más completa terapéutica a seguir.

Domicilio: Gallocanta (Zaragoza).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
Catedrático: Dr. CARLOS A. BAMBARÉN

ACCIÓN DEL A. C. T. H. SOBRE LA ASCORBINEMIA

POR

NELLY TERESA DEXTRE GALLARDO

LIMA (PERÚ)

SISTEMA nervioso, glándulas endocrinas y sangre, son factores de integración que contribuyen a la unidad del ser vivo. Todos poseen un ritmo diferente que se sincroniza según las necesidades vitales, que en último término se reducen a procesos de adaptación al medio circundante.

Además de la acción integradora de estos elementos anatomofuncionales, ellos se influencian recíprocamente, de modo que es posible comprobar los efectos que se producen en el curso de su funcionamiento coherente, o como consecuencia de agregar estímulos supletorios incorporados por la ciencia fisiológica, bioquímica y farmacológica.

Los progresos que en los últimos años alcanzó la química biológica han permitido conocer diversos mediadores químicos, entre los que se destacan las llamadas «hormonas adaptativas», que, según SELYE, se producen en forma más abundante durante el síndrome general de adaptación, para hacer frente a los agresores ecológicos de todo orden, que contribuyen al mantenimiento de la salud o a que la enfermedad se exteriorice. Integran las hormonas adaptativas las treinta que se han aislado de la corteza suprarrenal y las que, proviniendo de la hipófisis, estimulan otros órganos endocrinos.

Se ha demostrado experimentalmente que existe correlación entre ácido ascórbico y hormonas esteroides, de modo que se le considera como precursor lejano de córticosteroides.

Por sus propiedades óxidorreductoras, la vitamina C integra la gran cadena de sustancias reductoras que mantienen la actividad enzimática de las células, que es, no hay duda, la tarea más importante que realiza en el trabajo fisiológico.

He estudiado experimentalmente la acción del ACTH sobre la ascorbinemia, efectuándolo de acuerdo con el siguiente plan: En la primera parte expongo la acción de la hormona sobre el ácido ascórbico sanguíneo; en la segunda, enumero diversas técnicas empleadas para determinar ascorbinemia; en la tercera, refiero los resultados de las investigaciones realizadas en conejos y en seres humanos y los interpreto, para terminar con las conclusiones y la bibliografía consultada.

Mi agradecimiento al doctor CARLOS A. BAMBARÉN, catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Lima, que me propuso estudiar el tema y quien, con su acreditada y valiosa guía intelectual, me orientó debidamente y me proporcionó la bibliografía correspondiente. Igualmente agradezco al ingeniero químico SEGUNDO JIBAJA O., por su hábil dirección en el desarrollo de la investigación; al Q. F. ANTONIO MUÑOZ ARMÉSTAR, del Instituto Sanitas, por permitir que en el laboratorio que dirige realizase las comprobaciones.

* * *

La influencia que ejerce el ACTH sobre el metabolismo del ácido ascórbico se demostró desde los trabajos de SAYERS [35] y colaboradores, quienes comprobaron que la inyección de una sola dosis de ACTH a ratas intactas o hipofisectomizadas y a conejillos de Indias produce marcada disminución del colesterol y de la vitamina C contenida en las suprarrenales; tales comprobaciones hicieron pensar que las hormonas córticosteroides se sintetizan a partir del colesterol, siguiendo proceso en el que interviene el ácido ascórbico.

TEPPERMAN [46] demostró con experimentos «in vitro» que la adición de ACTH a cortes de glándula suprarrenal disminuye el contenido de vitamina C, al mismo tiempo que hay aumento del consumo de oxígeno. SAYERS [37] y colaboradores aprovecharon las comprobaciones que efectuaron para elaborar un método específico y sensible para determinar las hormonas córticosuprarrenales.

La característica influencia de las córticotrofinas hipofisarias sobre la producción de glucocorticoides se mantiene mediante un mecanismo de autorregulación córtico-trófica-glucocorticoidea, habiéndose demostrado, según PASCUALINI [29], que al aumentar los glucocorticoides se inhibe la producción de ACTH; un estado de *stress* también aumenta la producción de hormonas, logrando antagonizarse este efecto por la inyección de córticosteroides. La regulación es cuantitativa, pues un *stress* intenso necesitaría, según SAYERS y SAYERS [36], una dosis grande de córticosteroides, siendo en este sentido la cortisona y el compuesto F de Kendall, entre los glucocorticoides, más efectivos que los mineralocorticoides.

LONG [21] sugirió que el ACTH tiene acción específica sobre el contenido de vitamina C de la glándula suprarrenal, en la rata, sin afectar otros órganos; sin embargo, según INGBAR [20] y colaboradores, el ácido ascórbico renal también se ve afectado.

Durante el síndrome general de adaptación de Selye [40], la vitamina C aumenta por influencia directa de los *stressores*, considerándose que se produce una movilización de las reservas tisulares profundas hacia los tejidos periféricos lesionados, según ANDREA y BROWNE [2]; de aquí que en los grandes traumatismos, como dice BOURNE [6], la dieta debe contener bastante ácido ascórbico para aumentar la capacidad cicatrizante de los tejidos.

En el shock traumático se produce disminución de ascorbinemia, de acuerdo con las comprobaciones de ABBOT [1] y colaboradores, lo que acarrea reducción de la eliminación urinaria de dicha vitamina, después de administrarla por vía oral en el hombre, considerándose que aumenta la tolerancia de esta vitamina como resultado de necesidades del organismo. Estos hechos se pueden relacionar con la mayor utilización de ácido ascórbico por los tejidos directamente afectados.

En la fiebre tifoidea la proporción entre ácido ascórbico reducido y dehidroascórbico, se altera, predominando este último, como consecuencia de que los tejidos han perdido su capacidad reductora, como lo afirman SACHCHIDANANDA y BELA-

VADY [34]; tal hecho se vería favorecido por la acción del ACTH y la cortisona, según CORNFORTH y LONG [10].

La administración diaria de ACTH expolia de tal modo a las suprarrenales, que su contenido en ácido ascórbico se ve afectado, produciéndose cambios paralelos en la ascorbinemia y en la ascorbinuria de los animales *stressados*, observándose que disminuye la concentración plasmática y aumenta la excreción urinaria. Este efecto, según BROOCKER [5], se antagoniza por la administración de extracto adrenocortical. Según COURAIN [9], en las ratas sigue a la hipofisectomía una atrofia gradual de la suprarrenal, con la consiguiente disminución de su contenido de ácido ascórbico, produciéndose, además, disminución marcada y progresiva de la concentración plasmática, impidiendo las oscilaciones que siguen normalmente a la exposición del *stress*. El ACTH inhibe este efecto, aumentando la concentración plasmática, lo cual constituye «una prueba de que la cantidad de vitamina depende, en la rata, de la actividad hipofiso-suprarrenal», de acuerdo con FORTIER y SKELTON [13]. Este estado transitorio de hiperascorbinemia lo disminuye la inyección de adrenalina o insulina, solas o combinadas con ACTH, según los mismos autores [14].

Los datos relacionados con el efecto del ACTH en los animales intactos es difícil de valorarlos; sin embargo, recientemente, CAZENTINI [8] y colaboradores han informado que la hormona de la hipófisis anterior inyectada a ratas machos a intervalos de doce horas, durante cinco días, no logra influir sobre la ascorbinemia.

El efecto de la hormona adrenocorticotrófica sobre la ascorbinemia de los seres humanos está sujeto a innumerables controversias. Unos, con STEFFLNI y ROSENTHAL [44] y MOLERES FERRANDIS [27], encontraron carencia de vitamina C en los pacientes tratados periódicamente con ACTH, pues presentan síntomas hemorrágicos, capiloropatía escorbutoide generalizada, petequias, hematomas subcutáneos postraumáticos y signo de Rumpel-Leede positivo; lo que hace pensar a los autores que aunque «estas manifestaciones no pueden generalizarse, deben tomarse en cuenta cuando el paciente se somete a medicación prolongada con ACTH y cuando puedan excluirse otros trastornos de la homeostasis».

En enfermos crónicos que recibían 75 a 100 mgr. diarios de ácido ascórbico, el tratamiento con ACTH produjo brusco aumento de la ascorbinuria dentro de las primeras veinticuatro horas que siguen al tratamiento, según BECK [3 4]. MCSWINEY [28] y colaboradores confirmaron estas comprobaciones, observando además que hay una tendencia a aumentar los productos inmediatos de oxidación (ácido dehidroascórbico y diketoglutónico). Además de una disminución progresiva de las cifras plasmáticas, GOLZIEHER [16] y colaboradores comprueban también que la inyección intravenosa de 10 U. I. de ACTH por un período de ocho horas altera los grupos sulfhidrilos de la sangre.

Al contrario, HARCKNESS y DONOVAN [17], confirmando los hallazgos de STEWART [45] y colaboradores, encuentran que el ácido ascórbico del plasma aumenta por la inyección de ACTH, lo que les sirve para describir un test de función pituitaria.

En sujetos sanos saturados previamente con ácido ascórbico, SCHOENBERGER [39] encontró que el ACTH no altera la cantidad de ácido ascórbico total del plasma, notándose aumento de la forma reducida, relacionándose tal hecho con la capacidad de la hormona de producir una partición de la vitamina C en sus formas oxidada y reducida; además, en estos sujetos la excreción urinaria no aumenta, debido a su absorción por los túbulos renales.

En el síndrome general de adaptación de Selye [41], la concentración de ascorbinemia y glucemia son similares, siendo necesaria en ambos casos la presencia

de los glucocorticoides para que se produzcan los aumentos característicos de las fases de contrashock y resistencia. Sin embargo, la intervención del ácido ascórbico en los fenómenos consecutivos al sufrimiento general, así como la regulación de su metabolismo por la cortisona o el ACTH, no están completamente aclarados.

Es evidente que el metabolismo normal del ácido ascórbico en el animal intacto se halla regulado por el sistema hipofiso-suprarrenal. El aumento de la síntesis observado durante el *stress* se facilita por este sistema. Además, la disminución inicial de la ascorbinemia, que sigue a ciertos tipos de *stress*, resulta probablemente de un desequilibrio temporal entre la utilización de la vitamina C por los tejidos y su síntesis, según SKELTON y FORTIER [43].

TÉCNICAS PARA DETERMINAR ÁCIDO ASCÓRBICO EN LA SANGRE

Desde los trabajos de TILLMANS, HIRSCH y HIRSCH [47], HARRIS y RAY [18], el 2-6 diclorofenolindofenol se ha usado ampliamente para determinar ácido ascórbico en materiales biológicos, basándose en las propiedades óxidorreductoras de la vitamina C, que ellos consideraron específica para el ácido ascórbico; pero bien pronto se observó que otras sustancias interferían la reacción, tales como el glutation y la cisteína, que también reducen al colorante.

HARRIS y FAY [18] comprobaron que efectuando la reacción en medio ácido, la reducción no se produce, al menos por el glutation, recomendando con este objeto el uso del ácido tricloroacético o del ácido acético.

En 1935, FARMER y ABT [11] determinaron vitamina C por medio del diclorofenolindofenol, empleando como desproteinizante ácido túngstico. Encontraron cifras que varían de 0'6 a 2'5 mgr. por ciento, que ellos consideraron como normales.

Más tarde, estos mismos investigadores [12] se inclinaron por el ácido anetafosfosfórico, aduciendo que carece de acción reductora; además, que las soluciones de ácido ascórbico con este desproteinizante son perfectamente estables, durante cinco horas por lo menos.

En 1937, MINDLIN y BUTLER [26] ensayaron un método físico-químico para la valoración del ácido ascórbico en el plasma, ajustando el pH del medio a 4'1, considerado como óptimo para la reducción del colorante, con el agregado del acetato de sodio, para evitar posibles errores por una decoloración casual. Siguiendo las sugerencias de PIJOAN y EDDY [32], emplearon cianuro de potasio para prevenir la oxidación de la vitamina C.

MARTINI y BOSIGNORE [24] emplearon azul de metileno, que lo reduce el ácido ascórbico, transformándolo en su leucobase incolora, en presencia de luz fuerte, que actúa como oxidante. La reducción es más eficaz con un pH 5'0 a 6'0, que se mantiene por medio de una solución reguladora de citrato de sodio y carbonato de sodio, en presencia de tiosulfato de sodio.

En 1936, GABBE [15] utilizó el método de Martini y Bosingnore para valorar la vitamina en sangre y orina, observando que la hemólisis de la primera favorece la oxidación debido a la oxihemoglobina. LIVIO PEZZIA [31], en 1938, aplicó esta técnica en el Perú para determinar ácido ascórbico en *Ollucus Tuberosum* y *Solanum Variegatum*.

En 1941, VONESCH y ZIMMAN [48] emplearon el fotómetro de Leifo ajustando el pH del medio entre 2'0 y 3'0, empleando como desproteinizante ácido metafosfórico y acetato de plomo, en lugar del ácido tricloroacético y tiosulfato de sodio, que interfieren en la reacción.

BUTLER, CUSHMAN y MCLACHLAN [7], en 1943, cambian el pH de la mezcla reaccionante para retardar la oxidación de la vitamina y activar la reducción del azul de metileno, llevándola a pH 4'3 a 4'5.

En el mismo año, ROE y KUETHER [33] transforman el ácido ascórbico en su forma oxidada por acción de la 2-4 dinitrofenilhidrazina en presencia del carbón activado y tiourea, incubando la mezcla durante tres horas a 37° centígrados. La osazona se trata con ácido sulfúrico en fuerte concentración (85 por ciento) hasta producir un color rojo que se determina fotométricamente. Desproteinizan el suero con ácido tricloro acético, que, según PENNY y ZILVA [30], estabiliza el ácido dehidroascórbico, mientras el extracto no se separe de las proteínas. La acción oxidante de la oxihemoglobina se aprovecha para favorecer la oxidación. Los autores consideran que el método es específico y que permite determinaciones hasta 0'2 gammas en 4 c. c. de filtrado.

LOWRY, LÓPEZ y BESSEY [22] adaptaron la técnica de Roe y Kuether al espectrofotómetro de Beckman, empleando pequeñas cantidades de sangre, bastando sólo unas gotas del pulpejo del dedo (0'01 c. c.).

En 1949, MICHAELIS y STRAUB [25] emplearon el reactivo fosfotúngstico de Folin, examinando el filtrado en el fotocolorímetro. Estiman los autores que el ácido ascórbico permanece estable por este procedimiento. SCHAFFERT y KINSLEY [38], en 1955, modifican el método original de Roe y Kuether disminuyendo el período de incubación a cinco minutos para la sangre y diez minutos para la orina, a una temperatura de 100° centígrados, tiempos suficientes para obtener la coloración requerida. Emplean ácido tricloroacético al 6 por ciento, concentración que consideran como la mejor para obtener una buena desproteinización.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Las investigaciones se hicieron en seres humanos y en conejos.

Las determinaciones se llevaron a cabo en el laboratorio del Departamento de Sanidad Escolar del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Experimentos en conejos.—Se emplearon conejos de los dos sexos, alimentados con una dieta a base de cereales.

La extracción de la sangre se hizo en ayunas, para conocer la ascorbinemia básica; luego se inyectó ACTH («Cortrofina» Organon) cedida galantemente por «La Química Suiza», de Lima, en dosis de 4 y 8 mgr. por kilo de peso, por vía intramuscular. Encontré que la cifra media de ascorbinemia del conejo, utilizando la técnica de Roe y Kuether, es de 1'02 y 0'87 mgr. por ciento, para machos y hembras, respectivamente.

MADRID GUTIÉRREZ [23], de Lima, encontró 0'98 y 0'94 mgr. por ciento como cifras medias para conejos machos y hembras, con la técnica de Mindlin y Butler. Las determinaciones de ascorbinemia posteriores a la administración de ACTH se hicieron a los treinta minutos, una hora, tres, seis, doce y veinticuatro horas. Mientras duró el experimento, los animales estuvieron en ayunas.

La extracción de la sangre se hizo por punción de la vena marginal de la oreja.

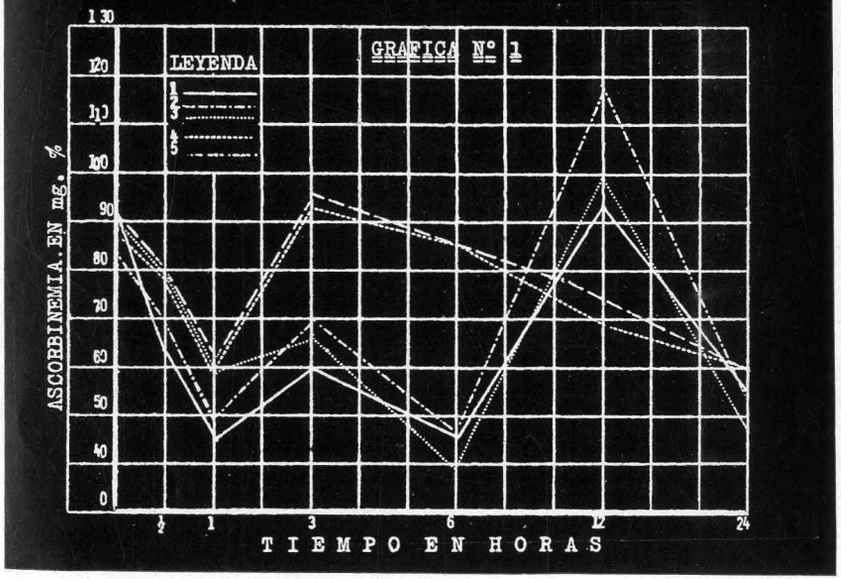
Se dividieron los conejos en grupos de cinco, de acuerdo al sexo y a la dosis.

A continuación expongo lo resultados.

VARIACIONES DE ASCORBINEMIA EN CONEJOS HEMBRAS

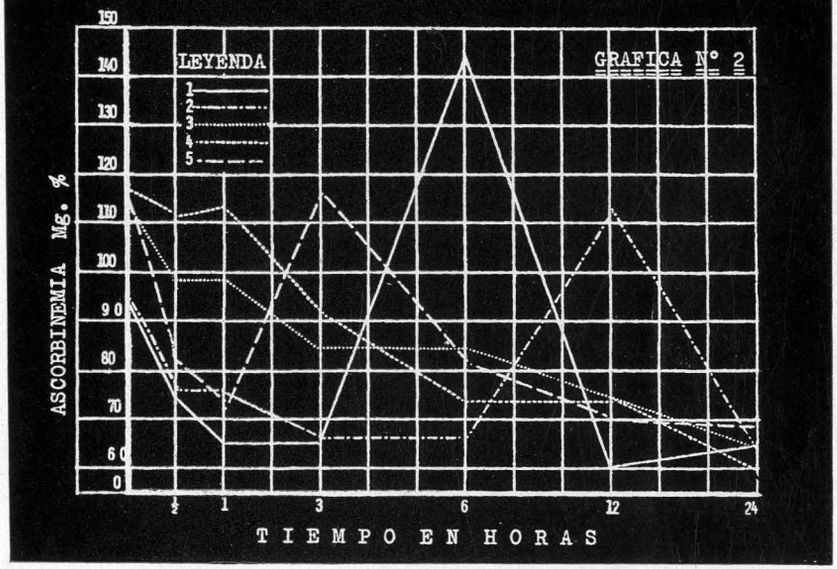
INYECTANDO 4 Mg. DE ACTH POR Kg. PESO

Conejo Nº	Peso en Grs.	Dosis inyectada cc	Acido Ascórbico en mg. x 100 cc. Antes del ACTH.	Después de inyectar ACTH ½ h.	1 h	3 h	6 h	12 h	24 h	Variac. sobre la cif. inicial
1	1.870	0.74	0.93	0.64	0.45	0.59	0.45	0.93	0.54	0.48
2	1.970	0.78	0.83	0.69	0.49	0.69	0.46	1.17	0.51	0.37 - 0.34
3	1.870	0.74	0.89	0.78	0.58	0.65	0.38	0.99	0.45	0.44 - 0.10
4	1.840	0.73	0.87	0.78	0.59	0.92	0.85	0.68	0.59	0.28 - 0.05
5	1.790	0.71	0.90	0.80	0.59	0.95	0.85	0.74	0.59	0.31 - 0.05



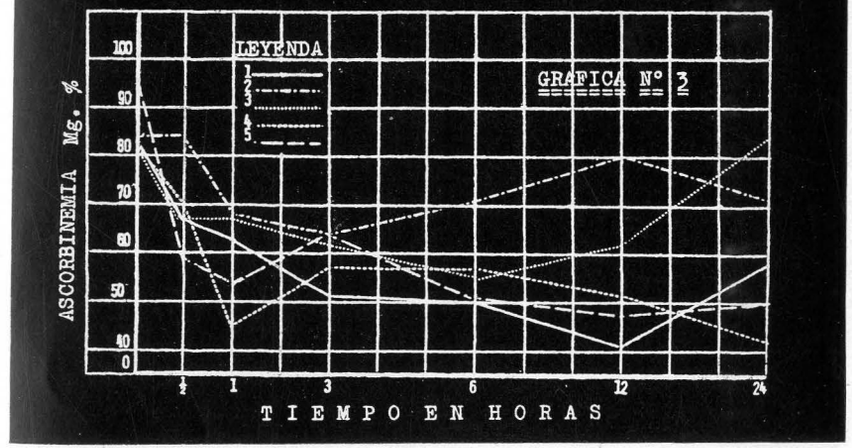
VARIACIONES DE ASCORBINEMIA EN CONEJOS MACHOS INYECTANDO 4 mg. ACTH POR Kg. PESO

Conejo N°	Peso en Gra.	Dosis inyectada cc	Acido Ascórbico en Mgs. x 100 cc							Variac. sobre la cifra inicial.
			Antes del ACTH.	Después de inyectar ACTH						
				½h	1 h	3 h	6 h	12h	24h	
1	2,400	0.96	0.94	0.74	0.65	0.65	1.46	0.61	0.65	0.33-0.52
2	2,100	0.84	0.94	0.75	0.75	0.66	0.66	1.14	0.66	0.28-0.20
3	2,00	0.80	1.15	0.99	0.99	0.85	0.85	0.75	0.66	0.49
4	1,810	0.72	1.17	1.12	1.13	0.92	0.74	0.74	0.60	0.57
5	1,830	0.73	1.16	0.82	0.73	1.17	0.82	0.71	0.69	0.47



VARIACIONES DE ASCORBINEMIA EN CONEJOS HEMBRAS INYECTANDO 8 Mg. de ACTH POR Kg. PESO

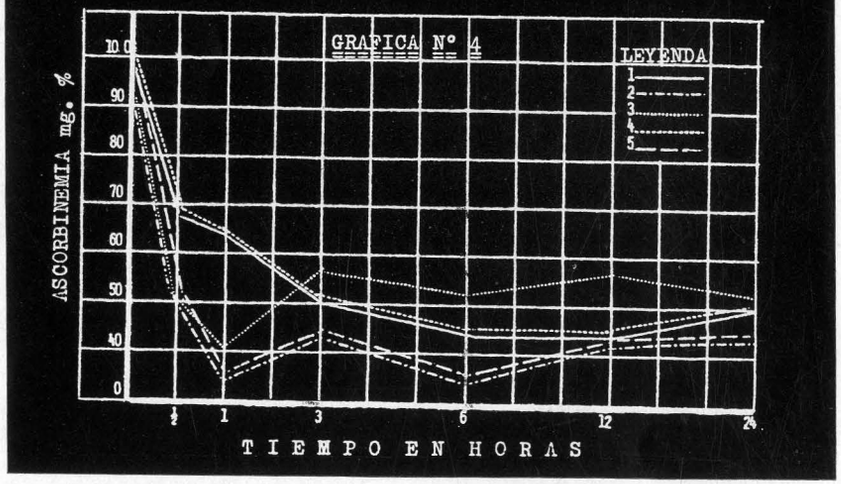
Conejo N°	Peso en Grs.	Dosis inyectada cc.	Acido Ascórbico en mg. x 100 cc							Variaciones sobre la cifra inicial
			Antes del ACTH.	Después de Inyectar ACTH						
				½h	1 h	3 h	6 h	12h	24h	
1	2,600	1.60	0.84	0.67	0.63	0.51	0.50	0.41	0.58	0.43
2	2,150	1.72	0.84	0.84	0.68	0.64	0.71	0.80	0.71	0.20
3	1,970	1.57	0.84	0.67	0.67	0.62	0.55	0.62	0.84	0.31
4	1850	1.48	0.82	0.70	0.45	0.57	0.57	0.52	0.43	0.39
5	1770	1.41	0.97	0.59	0.54	0.64	0.51	0.48	0.51	0.49



VARIACIONES DE ASCORBINEMIA EN CONEJOS MACHOS

INYECTANDO 8 Mg. de ACTH por Kg. PESO.

Conejo Nº	Peso en Grs.	Dosis inyec cc.	Acido Ascórbico en mg. x100 cc.							Variaciones sobre la cifra inicial.-
			Antes de ACTH.	Después de inyectar ACTH.-						
				½h	1 h	3 h	6 h	12h	24h	
1	2,150	1.72	0.98	0.68	0.64	0.50	0.44	0.44	0.50	0.54
2	2200	1.76	0.98	0.52	0.34	0.43	0.34	0.42	0.43	0.64
3	2000	1.60	0.94	0.52	0.41	0.56	0.52	0.56	0.52	0.53
4	2,150	1.72	0.98	0.68	0.64	0.50	0.44	0.44	0.50	0.54
5	2,200	1.76	0.96	0.52	0.34	0.43	0.34	0.42	0.43	0.62



Experimentos en seres humanos.—Las determinaciones de ascorbinemia se efectuaron en el suero sanguíneo de diez sujetos aparentemente sanos (hombres y mujeres) y en diez enfermas del Hospital «Arzobispo Loayza».

Se tomó primero una muestra de sangre (3 c. c.) para determinar ascorbinemia normal, inyectando inmediatamente 25 U. I. de ACTH («Cortrofina» Organon) por vía intramuscular; las determinaciones posteriores se hicieron cuatro horas después. La concentración de ascorbinemia fue la siguiente:

INVESTIGACIONES EN SUJETOS APARENTEMENTE SANOS

Casos	*Nombre*	*Edad*	*Sexo*	Ascorbinemia: mgr. %	
				Antes	*Después de ACTH* 4 h.
1	R. M.	22	Masculino	2'30	2'17
2	A. T.	22	»	1'90	1'66
3	V. A.	24	»	2'00	1'93
4	E. V.	19	»	2'05	1'96
5	E. S.	21	»	0'86	1'93
6	M. V.	27	Femenino	1'72	1'65
7	A. N.	20	»	1'31	1'21
8	L. A.	19	»	1'82	1'66
9	F. S.	30	»	1'05	0'95
10	I. H.	37	»	1'55	1'31

El análisis biométrico-estadístico de estas cifras es el siguiente:

Ascorbinemia en mg. %	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de var.	Cifras extremas
Antes	1'66 ± 0'14	0'44 ± 0'10	27 %	0'86 - 2'30
Después de ACTH . .	1'54 ± 0'13	0'41 ± 0'09	26 %	0'95 - 2'17

INVESTIGACIONES EN ENFERMOS

Casos	*Nombre*	*Edad*	*Interv. quirúrgica*	Ascorbinemia: mgr. %	
				Antes	*Después de ACTH* 4 h.
1	M. E.	51	Apendicectomía	1'35	0'62
2	G. D.	34	»	2'14	1'84
3	D. E.	37	»	1'60	0'68
4	S. F.	29	»	1'35	0'62
5	G. P.	26	Colecistectomía	0'61	0'13
6	M. S.	20	»	1'51	0'93
7	J. N.	33	»	1'60	0'90
8	C. E.	25	Histerectomía	1'60	0'90
9	R. V.	37	»	1'51	0'93
10	A. A.	45	Perineorrafía	1'43	0'79

El análisis biométrico-estadístico de las cifras anteriores es el siguiente:

Ascorbinemia en mgr. %	Media ± E. st.	Desv. st. ± E. st.	Coef. de varia.	Cifras extremas
Antes	1'47 ± 0'11	0'35 ± 0'08	23 %	0'61 - 2'14
Después de ACTH . .	0'83 ± 0'13	0'40 ± 0'09	48 %	0'13 - 1'84

La determinación de ácido ascórbico en la sangre se hizo siguiendo la técnica de Roe y Kuether, adaptada al micrométodo de Lowry, López y Bessey [22], que se funda en que el ácido ascórbico de la sangre reacciona con la 2-4 dinitrofenilhidrazina previa desproteinización por ácido tricloroacético, dando con el ácido sulfúrico al 65 por ciento un color que se mide con el espectrofotómetro.

Material:

Tubos serológicos pyrex 10 × 75 mm.
Micropipetas de constricción de 0'01, 0'02, 0'03, 0'05 y 0'08 c. c.
Pipetas graduadas de 0'1 c. c., bien calibradas.
Pipetas capilares de transferencia.
Microtubos serológicos.
Una centrífuga eléctrica.
Un baño de María con termostato.
Un baño de hielo.
Espectrofotómetro de Beckman, modelo D-U.
Cubetas de 2 × 10 mm. con 25 mm. de alto.
Portacubetas de 2 × 70 mm.
El material de vidrio para la investigación se lavó e hirvió en una solución de ácido nítrico al 1:1 y se enjuagó varias veces con agua hi y tridestilada.

Reactivos:

1.—Solución de ácido tricloroacético al 5 por ciento.
2.—Solución de sulfato de cobre al 0'6 por ciento en ácido sulfúrico 0'01 N.
3.—Solución de 2-4 dinitrofenilhidrazina al 2'2 por ciento, en ácido sulfúrico 10/N (estable más o menos dos semanas a 4 C.).
4.—Solución de tiourea al 5 por ciento.
5.—Acido sulfúrico al 65 por ciento.
6.—Mezcla de reactivos: 1 c. c. de sulfato de cobre; 1 c. c. de tiourea y 2 c. c. de dinitrofenilhidrazina. Centrifugar. Esta mezcla se preparará en el momento de hacerse las determinaciones.
7.—«Standard» de 0'4 y 0'8 mgr. por ciento de ácido ascórbico en ácido tricloroacético al 5 por ciento. (El ácido ascórbico Q. P. lo proporcionó el Instituto Sanitas.)

Todos los reactivos fueron guardados en la refrigeradora.

Las soluciones «standard» se prepararon a partir de una solución «stock» de ácido ascórbico (Merk), disolviendo 0'8 gr. de ácido ascórbico en 100 c. c. de ácido tricloroacético, y por continuas diluciones se llegó a la solución «standard», o sea:

1 c. c. = 8 gammas

A partir de esta solución «stock» se preparó la solución «standard» de 0'4 miligramos, o sea:

1 c. c. = 4 gammas.

Técnica:

Colocar en los tubos serológicos:

a) 0'02 c. c. de suero.
b) 0'08 c. c. de ácido tricloroácético.
Agitar bien con el vibrador.
Centrifugar diez minutos a 3.000 r. p. m.
c) Transferir 0'03 del líquido que sobrenada a tubos serológicos.
Añadir:
d) 0'01 c. c. de mezcla de reactivos.
Agitar bien con el vibrador. Tapar los tubos.
Incubar cuatro horas a 37° C.
Colocar en baño de hielo y añadir:
e) 0'05 de ácido sulfúrico al 65 por ciento, helado.
Agitar bien con el vibrador y llevar al espectrofotómetro de Beckmann a 540 mu.

Para el «standard» y blanco, tratar una alícuota de 0'03 de ácido tricloroacético al 5 por ciento y ácido ascórbico de 0'4 y 0'8 mgr. de la misma manera que para la muestra.

Para demostrar que los resultados eran exactos se hicieron pruebas de la recuperación, con los siguientes resultados:

A la alícuota del problema se le agregó otra alícuota de «standard».

Problema	*«Standard»*	*Tubo de recuperación*
0'03 c. c. de suero	0'03 c. c. st.	0'03 c. c. de suero
0'03 c. c. T. C. A.	0'03 c. c. T. C. A.	0'03 c. c. st.
0'01 c. c. mez. de reac.	0'01 c. c. mez. de reac.	0'01 c. c. mez. de reac.

Cálculos:

$$\text{FACTOR} = \frac{\text{Concentración st.} \times 5}{\text{Promedio de lectura}}$$

Acido ascórbico mgr. % = Factor × (lec. muestra — lec. blanco).

En la prueba de recuperación se empleó el «standard» de 0'4 mgr. por ciento de ácido ascórbico, obteniéndose una recuperación de 98'75 por ciento.

Para interpretar los resultados es menester formular las siguientes consideraciones:

Como el ácido ascórbico se relaciona con la síntesis de hormonas córticosteroides, con la nutrición y con las funciones de adaptación, se comprende la importancia que posee y el interés que concitan las investigaciones experimentales sobre sus variaciones en sangre.

La hipoascorbinemia que se produce después de inyectar ACTH se debe, con verosimilitud, a que hay un mayor consumo de vitamina C para sintetizar córticosteroides.

La recuperación que se comprobó a partir de las tres horas, alcanzando un máximo a las doce horas, puede explicarse como que el organismo del animal trata de hacer frente a la hiperproducción de córticosteroides, sintetizando mayor cantidad de vitamina C durante la noche, como lo propuso HÓKFELT [19] al estudiar el estímulo de la hormona gonadotrófica sobre la ascorbinemia.

La consiguiente disminución de la ascorbinemia en el resto de los experimentos sería explicable porque las reservas de vitamina C se han agotado, disminuyendo la ascorbinemia a cantidades menores que las normales.

En el grupo de los conejos machos se comprobó ascorbinemia hemática después de administrar ACTH, solo que las recuperaciones se efectuaron a diferentes horas: tres, seis y doce horas, para los conejos 1, 2 y 5. Los conejos 3 y 4 no recuperaron en ningún momento la concentración ascorbinémica.

La dosis de 8 mgr. de ACTH actuó más intensamente y por mayor tiempo, sin que el conejo pueda contrarrestar esta acción, debido quizá a que las reservas tisulares de vitamina C se agotaron ante el estímulo adrenocorticotrópico.

La dosis de 25 U. I. de ACTH que se inyectó a sujetos aparentemente sanos parece que no fue suficiente para estimular las suprarrenales, y, por lo tanto, la ascorbinemia varió relativamente poco.

En cambio, en los sujetos sometidos a diferentes intervenciones quirúrgicas, la ascorbipenia hemática fue la consecuencia lógica del síndrome general de alarma de Selye que se produjo, como consecuencia de la reacción del organismo ante el trauma quirúrgico, que produce un *stress* y que obliga a movilizar los mecanismos defensivos de adaptación, entre lo que se encuentra la producción de hormonas por la corteza suprarrenal, que son, no hay duda, elementos que contribuyen a la volemia, homeostasis y equilibrio de metabolitos. Esta génesis de hormonas en la corteza adrenal requiere vitamina C, razón por la cual el organismo moviliza sus reservas tisulares de ácido ascórbico y consume en parte la cantidad que había en la sangre. Como al *stress* se agrega el estímulo de ACTH, que por su actividad córticotropa estimula la producción de córticosteroides, se comprende que disminuya la concentración de ascorbinemia, como fueron los resultados que se comprobaron.

CONCLUSIONES

1.ª Se ha estudiado, por primera vez en el Perú, la acción de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) sobre la ascorbinemia, empleando la técnica de Lowry, López y Bessey, para determinar ácido ascórbico.

2.ª Se efectuaron investigaciones experimentales en conejos y en seres humanos aparentemente sanos y en enfermas del Hospital «Arzobispo Loayza» que recibieron tratamiento quirúrgico.

3.ª La ascorbinemia que se encontró en los conejos fue de 1'02 y 0'87 miligramos por ciento, para machos y hembras, respectivamente.

4.ª La inyección intramuscular de 4 mgr. de ACTH por kilogramo de peso produjo en los conejos de los dos sexos disminución marcada de la ascorbinemia a la hora de administrar la sustancia farmacológica.

En las horas subsiguientes se observó un curso trifásico, comprobándose en las hembras aumento de ácido ascórbico en la sangre a las tres horas, en dos de ellas, y en las tres restantes, a las doce horas.

5.ª La inyección intramuscular de 8 mgr. de ACTH produjo en todos los conejos disminución de ascorbinemia a la hora de administrarla, permaneciendo las cifras por debajo de lo normal durante las veinticuatro horas que duró la observación experimental.

6.ª La inyección de 25 U. I. de ACTH produjo en diez sujetos aparentemente sanos (hombres y mujeres) ligera disminución de ascorbinemia, si se compara con las cifras consideradas como normales.

7.ª La inyección de 25 U. I. de ACTH produjo en diez pacientes sometidos a diferentes intervenciones quirúrgicas disminución de ácido ascórbico en la sangre, debido al *stress*, que exige aumento de producción de córticosteroides.

RESUMEN

Se estudia experimentalmente la acción del ACTH sobre la ascorbinemia. En una primera parte se exponen las acciones de la hormona sobre el ácido ascórbico sanguíneo. En la segunda se describen las técnicas empleadas para la determinación de ascorbinemia. A continuación, en una tercera parte, se da cuenta de los resultados conseguidos con las investigaciones realizadas en conejos y en seres humanos aparentemente sanos y en otros que habían recibido tratamiento quirúrgico, con el consiguiente "stress". Finaliza el trabajo con la presentación de las conclusiones y de una abundante y selecta bibliografía sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABBOT, W. E.; HIRSFELD, J. W.; WILLIAMS, H. H.; PILLING, M. A., y MEYERS.—«Metabolic alteration following thermal burns; effect of altering and caloric intake or of administering testosterone propionate on nitrogen balance». *Surgery*, vol. 20, pág. 284. Saint Louis, 1946.
2. ANDREA, W. A., y BROWNE, J. S. L.—«Ascorbic acid metabolism after trauma in man». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 54, pág. 69. Montreal, 1946.
3. BECK, J. C.; BROWNE, J. S. L., y MCKENZIE, K. R.—«Effect of adrenocorticotropic and cortisone acetate on the urinary and blood levels of ascorbic acir in man». *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 14, pág. 1.006. Springfield, 1954.
4. BECK, J. C.; BROWNE, J. S. L., y MCKENZIE, K. R.—«The effect of adrenocorticotropic hormone and cortisone acetate on the metabolism of ascorbic acid». *Proceding 2nd. Clinical ACTH. Conference*, vol. 1, pág. 355. New York, 1951.
5. BOOKER, W. M.; HAYES, R. L., y DENT, F. M.—«Adrenal stress and metabolism of ascorbic acid». *Federation Proceedings*, vol. 9, pág. 14. Baltimore, 1954.
6. BOURNE, G. H.—«Effect of vitamin C deficiency on experimental wounds». *The Lancet*, vol. 1, pág. 688. London, 1943.
7. BUTLER, A. M.; CUSHMAN, M., y MCLACHLAN, E. A.—«The determination of ascorbic acid in whole blood and the constituents by means of methylene blue; macro and micro-methods». *Journal Biological Chemistry*, vol. 150, pág. 453. Baltimore, 1943.
8. CAZENTINI, S.; COLIZZI; ROSSANDA, M., y VACCARI, F.—«Influsso dell'ACTH e del cortisone in dosi ripetutte sul metabolismo della vitamina C dei tessuti». *Atti Società Lombarda Scienze Mediche e Biologiche*, vol. 3, pág. 161. Torino, 1952.
9. COURAIN, M. R.—»Variations de l'acide ascorbique de la surrenale chez le rat hypophysoprive». *Comptes Rendus Societé de Biologie*, vol. 143, pág. 1.252. París, 1949.
10. CORNFORTH, J. W., y LONG, D. A.—«Influence of organic phosphates on tuberculin sensitivity in BCG infected guinea pigs relation to cortisone desensitisation». *The Lancet*, vol. 1, pág. 950. London, 1952.
11. FARMER, C. J., y ABT, A. F.—«Ascorbic acid content of blood». *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, vol. 32, pág. 1.625. New York, 1935.
12. FARMER, C. J., y ABT, A. F.—«Determination of reduced ascorbic acid in small amounts of blood». *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, vol. 34, pág. 146. New York, 1936.
13. FORTIER, C., y SKELTON, F. R.—«Relationship of the pituitary to plasma ascorbic acid level». *Proceedings of the Canadian Physiological Society*, 13th Meeting. Montreal, 1949.
14. FORTIER, C.; SKELTON, F. R., y CONSTANTINIDES, P.—«Influence of adrenaline and insuline of the adrenal cortical response to ACTH». *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, vol. 75, pág. 77. New York, 1951.

15. GABBE, F.—«Vitamin C studian and Harn und Blut». *Klinische Wochenstchrift*, vol. 15, página 292. Stuttgart, 1936.
16. GOLDZIEHER, J. W.; EPSTEIN, F. R.; REWLS, W. R., y GOLDZIEHER, M. A.—«The effect of intravenosus ACTH on the blood level of ascorbic acid and sulphydril as determined by a modified amperometric technique». *Journal Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 13, pág. 662. Springfield, 1953.
17. HARKNESS, J. C., y DONOVAN, C.—«Tests of pituitary function». *The Lancet*, vol. 265, pág. 762. London, 1953.
18. HARRIS, J. L., y RAY, S. N.—«Vitamin C and the suprarrenal cortex. II Loss of potency of suprarrenal Guinea pig's scurvy whit notes on a method for determining antiscorbutic activity (hexuronic acid) by chemical means». *Biochemical Journal*, vol. 27, página 303. London, 1933.
19. HOKFELT, B.—«The ascorbic acid concentration in the blood of rabit. Changes under normals conditions, fastingand after stimulation whit gonadotropic hormones». *Acta Endocrinológica*, vol. 2, pág. 347. Kobenhavn, 1949.
20. INGBAR, S. H.; OTTO, J. F., y KASS, E. H.—«Effect of ACTH on blood glutathione and sulfhydril content of liver and kidney in rats». *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, vol. 77, pág. 20. New York, 1951.
21. LONG, C. N. H.—«The relation of cholesterol and ascorbic acid to the secretion of the adrenal cortex». *Recents Progress in Hormone Research*, vol. 1, pág. 99. New York, 1947.
22. LOWRY, O. H.; LÓPEZ, J. A., y BESSEY, O. A.—«The determination of ascorbic acid in small amounts of blood serum». *Journal Biological Chemistry*, vol. 160, pág. 609. Baltimore, 1945.
23. MADRID GUTIÉRREZ, M.—«Acción diabetógena del aloxano sobre la ascorbinemia del conejo». *La Crónica Médica*, vol. 70, pág. 3. Lima, 1953.
24. MARTINI, E., y BOSIGNORE, A.—«Eine neue methode der ascorbinsaure benstimmung (vitamin C)». *Biochemie Zeitung*, vol. 273, pág. 170. Berlín, 1934.
25. MICHAELIS, H. F., y STRAUB, H. H.—«Determination of vitamin C in blood». *Biochemie Zeitung*, vol. 319, pág. 493. Berl°n, 1949.
26. MONDLIN, R. L., y BUTLER, A. M.—«Determination of ascorbic acid in plasma. A macro and micromethod». *Journal Biological Chemistry*, vol. 122, pág. 673. Baltimore, 1937-1938.
27. MOLERES FERRANDIS, R.—«Atelectasia pulmonar y pericarditis hemorrágica por ACTH». *Medicina Española*, vol. 15, pág. 31. Valencia, 1952.
28. MCSWINEY, R. R.; CLAYTON, F. T., y PRUNTY, G.—«Ascorbic acid metabolism after administration of corticotrophin». *The Lancet*, vol. 266, pág. 178. London, 1954.
29. PASQUALINI, R.—*Endocrinología*, pág. 25. Buenos Aires, 1953.
30. PENNY, J. R., y ZILVA, S. S.—«The chemical behavior of dehydro l-ascorbic acid in vitro and in vivo». *Biochemical Journal*, vol. 37, pág. 403. London, 1943.
31. PEZZIA, L.—«Contenido vitamínico C en algunas variedades de *Ollocus Tuberosum* y *Solanum Variegatum*». Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1938.
32. JIJOAN, M., y EDDY, E.—«Ascorbic acid content of red cells and plasma». *Journal Laboratory and Clinical Medicine*, vol. 22, pág. 1.227. St. Louis, 1937.
33. ROE, J. H., y KUETHER, C. A.—«The determination of ascorbic acid in whole blood urine trought the 2-4 dinitrofenilhidrazine derivative of dehydroascorbic acid». *Journal Biological Chemistry*, vol. 147, pág. 399. Baltimore, 1943.
34. SACHCHIDANANDA, B., y BELAVADY, B.—«Dehydroascorbic acid level of blood in health and in thypoid fever». *The Lancet*, vol. 265, pág. 913. London, 1953.
35. SAYERS, G. M.; SAYERS, M.; TSAN-YING LIANG, y LONG, C. N. H.—«The effect of pituitary adrenotrophic hormone on the cholesterol and the Guinea pig». *Endocrinology*, vol. 38, pag. 1. Springfield, 1946.
36. SAYERS, G., y SAYERS, M.—«Regulation of pituitary adrenocorticotrophic activity during the response of the rat to acute stress». *Endocrinology*, vol. 40, pág. 265. Springfield, 1947.
37. SAYERS, M. A.; SAYERS, G., y WOODBURY, L. A.—«The assay of adrenocorticotrophic hormone by the adrenal ascorbic acid depletion method». *Endocrinology*, vol. 42, pág. 379. Springfield, 1948.
38. SCHAFFERT, R. R., y KINGSLEY, G. R.—«A rapid, simple method for the determination of reduced, dehydro-, and total ascorbic acid in biological materials». *Journal Biological Chemistry*, vol. 212, p6g. 59. Baltimore, 1955.
39. SCHOENBERGER, J. A.—«The effect of ACTH on the metabolism and excretion of ascorbic acid». *Journal Laboratory and Clinical Medic'ne*, vol. 42, pág. 948. St. Louis, 1953.
40. SELYE, H.—«Studies on the adaptation». *Endocrinology*, vol. 21, pág. 169. Springfield, 1937.
41. SELYE, H.—«Strees», pág. 401. Madrid, 1954.

42. SKELTON, F. R., y FORTIER, C.—«Influence of oral ascorbic acid administration on the adrenal cortical response to adrenocorticotrophic hormone». *Canadian Journal of the Medical Sciences*, vol. 29, pág. 100. Montreal, 1951.
43. SKELTON, F. R., y FORTIER, C.—«Plasma ascorbic and pituitary adrenal activity». *Canadian Journal of the Medical Sciences*, vol. 29, pág. 179. Montreal, 1951.
44. STEFFANINI, M., y ROSENTHAL, M. C.—«Hemorragic diathesis whit ascorbic acid deficiency during administration of anterior pituitary corticotrophic hormona (ACTH). *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine*, vol. 75, pág. 860. New York, 1950.
45. STEWART, C. P.; HORN, D. B., y ROBSON, J. C.—«The effect of cortisone acetate and adrenocorticotrophic hormone on the dehydroascorbic acid of human plasma». *Biochemical Journal*, vol. 53, pág. 254. London, 1953.
46. TEPPERMAN, J., y DE WITT, J.—«Effects of purified ACTH added in vitro on the oxigen consumption and ascorbic content of surviving dog adrenal slices». *Endocrinology*, volumen 47, pág. 384. Springfield, 1950.
47. TILLMANS, J.; HIRSCH, P., y HIRSCH, W.—«Das reduktionsvermogen sflanzlicher lebensmittein und seine beziehung zum Vitamin C. I. Der Reduzierende stoff des citronensaftes». *Zeitschrift Untersuchung Lebensmitt*, vol. 63, pág. 1. Berlín, 1932.
48. VONESCH, E., y ZIMMAN, C.—«Determinación fotométrica de ácido ascórbico en sangre». *Revista de la Asociación Bioquímica Argentina*, vol. 6, pág. 41. Buenos Aires, 1941.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia.
Profesor Dr. Carlos A. Bambaren. Lima (Perú).



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

I. I B R O S

AUTORES NACIONALES

EXPLORACIÓN DE LA FUNCIÓN AUDITIVA, *por el doctor* FRANCISCO PÉREZ DELGADO. *Un vol. (15'5 por 21 cm.) de 100 páginas, con 37 figuras; rústica. Publicación núm. 24 del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife. Tesis doctoral. Santa Cruz de Tenerife, 1960.*

INTERESANTE trabajo, con recopilación, en siete capítulos, de las nociones precisas y fundamentales de las exploraciones funcionales del oído. En todo lo referente a las clásicas nociones del sonido, unidades de medida, conceptos de campo tonal, área auditiva, breve exposición de anatomía y fisiología de la audición, y clases de hipoacusia, recogidas en el primer capítulo, hay concisión y claridad. El segundo capítulo recoge lo referente a la acumetría clásica (fónica, instrumental, diapasones, etc.) y las pruebas funcionales de Weber, Schwabach, Rinne. Bing, Gellé, etc., que siguen teniendo un valor clínico. En el tercer capítulo, dedicado a la audiometría y audiómetros en general, analiza las pruebas de audiometría de umbrales mínimos, supraliminares, vocales. Dedica el capítulo cuarto a las representaciones gráficas de la audiometría de umbrales mínimos; las líneas de audición o curvas audiométricas, perfiles de las curvas audiométricas por vía ósea y por vía aérea; el conocimiento de las pruebas clásicas interpretadas con los audiogramas (Weber, Rinne, etcétera).

En el capítulo quinto trata de la audiometría total supraliminar, precisa para el topodiagnóstico de lesiones en oído medio, órgano sensorial, vías o centros. Estudia en ellas diversas pruebas supraliminares.

La audiometría vocal constituye el objeto del capítulo sexto, con el estudio del material fonético, espondeos, monosílabos, polisílabos; estudio de los umbrales de inteligibilidad, detectabilidad, perceptibilidad y discriminación máxima, pruebas verbotonales, pruebas de lenguaje modificado.

En el último capítulo expone a grandes rasgos nociones sobre audiometría infantil; pruebas de barrido de frecuencia, pruebas clásicas de Massachusets, audiometrías objetivas; reflejo psicogalvánico, «peep-show», etcétera.

Acompaña a la monografía extensa bibliografía y unos esquemas del campo tonal, área auditiva, audiogramas diversos en algunas afecciones de oído, así como representaciones gráficas de ciertas pruebas supraliminares.

En el prólogo del libro dedica palabras de elogio al profesor Núñez Pérez y algún colaborador del Servicio, a los que muestra agradecimiento por sus enseñanzas.

Es, a nuestro juicio, la obra interesante, no sólo para el especialista, sino para el médico general, que le ayudará a conocer los ya frecuentes audiogramas que aparecen con diversos motivos en todas las revistas y publicaciones de todo tipo clínico o de investigación médica.

Al autor nuestra felicitación por el trabajo de esta monografía, recopilación de técnicas, fácilmente comprensibles, con la clara exposición de Pérez Delgado. — R. MOZOTA SAGARDÍA.

LA LIBERTAD SINDICAL EN EL MUNDO, *por* MARTÍN BRUGAROLA, *S. I. de Fomento Social. (Biblioteca «Razón y Fe», de Cuestiones Actuales, 39.) Un vol. (19 por 12 cm.) de 244 páginas. Precio: 45 pesetas. Editorial Razón y Fe, S. A. Exclusiva de venta: Ediciones FAX. Zurbano, 80. Apartado 8.001. Madrid, 1960.*

LA idea sindical y la de su libertad se remontan a la revolución del maquinismo. El sindicato, trasplante al campo profesional del derecho de asociación, surgió como el instrumento tuitivo más idóneo frente a los abusos patronales. Pero, como es lógico, todo el sistema defensivo se hunde, si se convierte a su vez en instrumento de coacción. De aquí la importancia fundamentalísima del tema que trata esta obra.

Ocurre, sin embargo, en los grandes temas sociales, que el huracán del apasionamiento mata la luz que, según se dice, debe brotar de toda discusión. No obstante, si arañamos un poco, vemos que buena parte de lo que creíamos pasión, no es en realidad otra cosa que confusionismo: falta de ideas claras.

El autor acomete la difícil tarea de poner orden y concierto en tema tan complejo. Y en verdad que lo consigue. Una de las características más notables de la obra es la hondura científica del fondo y la claridad de la forma.

Partiendo del estudio de la libertad sindical en sí misma, poco a poco se van precisando sus matices, para desembocar en su concepto exacto y coincidente con las exigencias y evolución del sindicalismo moderno.

Es imposible dar un guión pormenorizado de los puntos de estudio. Su número sería causa de una excesiva prolijidad. Pero sí señalaremos, un poco a sobrehaz, sus líneas directrices.

Existen dos grandes grupos de temas, por así decirlo, distribuídos a lo largo de la obra. Entre los de tipo teórico pueden notarse los que analizan la libertad sindical frente al patrono, al propio sindicato, a los partidos políticos, al Estado. También los problemas de la unidad sindical, el sindicato obligatorio y el nuevo concepto de la libertad sindical.

Junto a éstos, hay otros temas de índole más práctica y que pudiéramos llamar de realización positiva. Entre ellos, el estudio del sindicalismo obligatorio en los Estados Unidos e Inglaterra; el del sindicalismo confesional en Italia, Alemania, Canadá, y la libertad sindical en los países soviéticos. Todo ello, de la mano de una certera crítica comparativa.

La historia sindical, la legislación, la sociología y la moral, se van dando cita para que el lector quede satisfecho en sus intereses de ideas claras y objetivas.

Así, con este libro, la «Biblioteca de Cuestiones Actuales» llena en lo social su finalidad práctica.—A.

RETICULOSIS DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS, *por los doctores* M. VALDÉS RUIZ, J. ESTELLER LUENGO y J. FORTEZA BOVER. *Prólogo del profesor doctor* MANUEL BERMEJILLO. *Un vol. (24'3 por 17 cm.) de 143 páginas, con 37 figuras, muchas de ellas microfotografías de biopsias; rústica. Precio: 160 pesetas. Editorial Facta, Valencia, 1960.*

EN siete apartados está desarrollado el trabajo. Son los siguientes: «Reticulosis benignas», «Reticulosis malignas», «Formas asociadas», «Reticulosis nodulades y fibrosas», «Las cirrosis hemangiotóxicas», «Reticulosis cutáneas», «Distequiosis reticulares» y «Lipoidoproteinosis», con una abundantísima bibliografía con 392 citas ordenadas alfabéticamente.

Simplemente el dato final de las citas bibliográficas da idea del intenso trabajo que representa el planteamiento y desarrollo de la presente publicación, en la que domina la investigación, lo doctrinal e interpretación, cuya síntesis es propia de los maestros.

La materia que informa este libro, «Reticulosis», es capítulo del sistema retículo endotelial, y de él es, sin duda, el más interesante y complicado de todo el sistema». Con estas palabras comienzan los autores el primer apartado, y el lector que tenga en sus manos y lea este libro, podrá comprender la realidad, tanto, que casi puede decirse que es un libro para los estudiosos y especializados, y también para los anatomopatólogos, a los que podrá ayudar eficazmente para la interpretación de las imágenes que puedan observar en sus estudios de biopsias.

La conjunción de tres especialistas en estos difíciles asuntos ha sido una solución ideal para el enfoque y enjuiciamiento de las cuestiones que se han planteado e intentar una síntesis histológica y clínica, nada fácil, de los distintos procesos, necesaria, por otra parte, por la profusión de clasificaciones e interpretaciones existentes, incluso distintos conceptos de lo mismo según distintos autores.

Venciendo todas las dificultades, han sabido solucionar todos sus problemas y presentar el presente libro, que tuvo su origen en el planteamiento y desarrollo de una ponencia sobre la patología de los ganglios linfáticos.

La cuidada presentación por la casa editorial lo hace muy agradable. — M. VICENTE CARCELLER.

CONSTANTES BIOLÓGICAS DE INTERÉS CLÍNICO, *por el doctor* LUIS DAUFÍ. *Un volumen (13'5 por 22 cm.) de 122 páginas, con 72 ilustraciones; rústica. Editorial Vigor-Cedel, Provenza, 478, Barcelona. Año 1960.*

LAUDABLE es la idea que ha orientado al profesor Daufí a la publicación de este libro. Dedicado a los alumnos de Patología General y Propedéutica de nuestras Facultades, creo debe figurar entre los textos más manejados por el médico práctico. Efectivamente, en sus 122 páginas aparecen seleccionados una serie de datos deducidos, bien de los fundamentos fisiológicos, bien de la exploración sobre una serie de funciones orgánicas. Estos datos, numéricos en su mayor parte, están no sólo bien seleccionados y agrupados por sistemas, sino que además están ordenados según su importancia y acompañados

de sencillos pero ilustrativos esquemas, a fin de conseguir que su retención por la memoria sea lo menos costosa y más eficaz posible.

Para obtener esta claridad y sencillez, el autor no describe, como corresponde a la clase del libro, técnicas de laboratorio, aunque sí exponga los resultados de numerosas pruebas funcionales buscando incluso su expresión en la forma más fácilmente recordable.

El fin del libro es limitado, pero creemos que ha sido total y brillantemente conseguido.—PEG JUARRERO.

TIPOLOGÍA SACERDOTAL EN LA NOVELA CONTEMPORÁNEA. Bernanos, Mauriac, Gironella, *por* TOMÁS ZAMARRIEGO, S. I. *(Biblioteca «Razón y Fe», de Cuestiones Actuales, 38). Un vol. (19 por 12 cm.) de 160 páginas. Precio: 35 pesetas. Editorial Razón y Fe, S. A. Exclusiva de venta: Ediciones FAX, Zurbano, 80. Apartado 8.001. Madrid.*

¿QUÉ es el sacerdote? ¿Un enigma que los hombres no intentan descifrar? A calar el misterio esencial del sacerdocio se ha lanzado hoy, no sólo la Teología, sino, lo que es más asombroso, la novela; y la reiteración con que el sacerdote ha sido llevado a ella invita a una mirada escrutadora.

La vida íntima de un ser que vive en un cierto apartamiento de la sociedad y en el que convergen misiones y misterios no comunes a todos, es campo propicio para la exploración novelística. No bastaba el de las realidades naturales, y se han entrado a recoger lo sobrenatural, para retratarlo en la figura del hombre consagrado.

La literatura, reflejo de los pensamientos, ambientes y problemas de los hombres entre quienes se produce, no podía menos de dar entre sus páginas amplia cabida al sacerdote.

El tema, recogido de una u otra manera ya de antiguo en todas las literaturas —¡cuántas y qué variadas figuras de clérigos desfilan por la española de todos los siglos!—, ha entrado ahora en un período de ahondamiento. A partir de la gran novela de Bernanos «Bajo el sol de Satán», la producción se intensificó dentro de la línea emprendida por el autor francés. Junto a ella surgieron otras muchas, y se cuentan por docenas las novelas —especialmente francesas— que cada año hacen su aparición bordando la presentación del sacerdote bajo uno u otro aspecto.

El autor de la presente obra ha emprendido el estudio de una serie de tipos, tomando como punto de partida tres autores fundamentales: Bernanos, Mauriac y Gironella. La galería respectiva es abundante en matices: Donissan, Chevance, el párroco de Ambricourt; Alain Forcas, el abate Calou; Alvear, mosén Francisco.

Entresacando los retazos literarios mejores para su fin, el autor va tejiendo su propio estudio, más en profundidad que en visión panorámica. Junto a las características de cada tipo, nos ofrece una aguda crítica de su plasmación literaria y un depurado estudio del contenido humano y divino que cada uno nos ofrece.

Libro auténticamente actual por su fondo y su forma.—A.

PARTO PROLONGADO. SU INFLUENCIA SOBRE LA MORTALIDAD PERINATAL, *por* JOSÉ M.ª SÁNCHEZ IBÁÑEZ. *Un volumen (17'5 por 24'5 cm.) de 63 páginas y cuatro gráficas; rústica. Editorial Facta. Valencia, 1960.*

EL doctor Lorenzo Abad Colomer, autor del prólogo, aplaude, sin reserva alguna, la presente publicación del doctor Sánchez Ibáñez, director de la Maternidad provincial de Albacete, publicación de una conferencia sobre este tema en febrero de 1958 y que a la iniciativa del doctor Clavero Núñez se debe la presente monografía.

Consta de cinco capítulos cuya lectura eleva a primer plano la influencia demográfica que tiene el parto prolongado como causa de vidas frustradas, ya que ello es uno de los factores más eficientes de sufrimiento y muerte del feto, que, como hace notar el autor, en una estadística el parto prolongado alcanza las cifras de 21 por ciento en primerizas jóvenes, el 18 por ciento en primíparas viejas y el 9 por ciento en multíparas; estos porcentajes crecen con el número de horas, citando datos en los que se ve que a las setenta horas de duración de parto la incidencia intervencionista llega al 87 por ciento de los casos; pero aún es más alarmante el que la mortalidad fetal llega al 14'2 por ciento frente al 3'12 por ciento del total de partos, cifra enorme, que representa cuatro veces y media más sobre la dada por el total de partos; mortalidad que referida a las horas de duración hace que llegue al 100 por ciento en partos de setenta horas o más (cálculo sobre 273 mujeres con 39 niños nacidos muertos).

Indica, como causas de muerte fetoinfantil en el parto prolongado las siguientes: Anoxia, hemorragia intracraneal, ventilación pulmonar anormal, infección, factor asistencial y causas ignoradas. Propone como profilaxis la limitación de la alimentación, restricción de sal, administración de vitamina B_1, preparación psicofísica, higiene prenatal.

Como resumen, hace suyas las palabras de Roust, que ante el parto prolongado la conducta no podrá ceñirse a un esquema determinado o sistematizado, sino amoldarse a las peculiaridades clínicas de cada parturienta..., y serán las incidencias de la evolución del parto las que marcarán la conducta a seguir.

Todo ello es analizado minuciosamente por el autor, y al publicar este trabajo no dudamos que sirve un inestimable servicio de influencia favorable en demografía.

Muy bien presentado por la editorial; es un libro aconsejable, sobre todo para el médico práctico.—M. VICENTE CARCELLER.

AUTORES EXTRANJEROS

DIOS Y EL HOMBRE AL ENCUENTRO. PERSPECTIVA DE LOS DOGMAS CATÓLICOS, *por* OTTO SEMMELROTH, S. I. *Traducción del alemán por* CONSTANTINO RUIZ-GARRIDO. *(«Perspectivas», 5). Un volumen (20 por 12 cm.) de 352 páginas; precio, 70 pesetas; rústica. Ediciones Fax. Zurbano, 80. Madrid, 1959.*

LA creación de Adán es resultado de una causa eficiente, formal y natural (la materia fue, asimismo, creada por Dios), es Dios, y entre Dios y la criatura creada por El existían frecuentes encuentros y diálogos; esto es de Fe y se relata en los libros del Antiguo Testamento.

En los tiempos actuales, el hombre ve o comprende a Dios como una cosa lejana y fría; las necesidades de la vida actual casi no le dejan tiempo para informarse de las Verdades Eternas, lo que le hace, casi, ignorar los dogmas de la religión cristiana, lo que le impide comprender las llamadas de Dios a encontrarse con El.

Esta necesidad del encuentro y del diálogo la demostró el mismo Dios al enviar a este mundo a su Hijo, la segunda persona de la Santísima Trinidad, que «se hizo carne y habitó entre nosotros», y que es una realidad histórica, por la que pudo llevarse a cabo la feliz obra de la Redención del género humano.

En la actualidad puede realizarse el encuentro y diálogo con Dios provisionalmente, en esta vida, bien en la Iglesia, bien en la personal de la gracia, y, por fin, definitivamente, en los Novísimos después de la muerte.

Todo esto es tan seriamente importante para todos y, como es natural, también para el médico, que con su quehacer cotidiano puede estar un poco al margen de estas verdades tan fundamentales, que, sin duda, puede decirse que es el problema de los problemas, que cada uno particularmente tiene que resolver, y que por su trascendencia resulta el «único problema» del hombre.

En este profundo libro se encuentran los fundamentos de todo esto y que todo ser humano tiene que cumplir, puesto que Dios es su causa final.

Es por demás interesante su lectura meditada, que no dudamos en aconsejar, puesto que en sus páginas, sinceras, se encuentra abundante luz, que puede iluminar tantas ignorancias.

El libro está presentado de un modo atrayente y singularmente sugestivo.—M. VICENTE.

LA LIBERTAD PERSONAL, SEGÚN LA PSICOLOGÍA DE LA CONDUCTA HUMANA, *por* FRAY ROBERTO ZABALLONI, O. F. M.; *presentación de* FRAY AGOSTINO GEMELLI, O. F. M.; *traducción de* J. FÁBREGAS CAMI, S. I. *(Colección «Psicología-Medicina Pastoral», vol. XVIII). Un volumen (20 por 14 cm.) de 352 páginas; rústica; precio: 75 pesetas. Ediciones Fax, Zurbano, 80. Madrid, 1959.*

DOS partes esenciales forman este denso libro, en donde el autor profundiza los problemas en torno a la libertad y conducta humanas, y que mantienen su destacado interés por afectar a zonas personales del pensar y meditar propias del psiquismo de las personas y que para su interpretación y estudio se han empleado distintos métodos, fisiológicos, científicos y morales, de los que el autor hace historia. Plantea el estado actual según orientaciones fisiológicas, experimentales y personalistas.

Estudia la conducta humana según determinantes fisiológicos, psicológicos (sugestión, sistemas freudianos, adleriano, psicosociológicos), volitivos; las teorías de la motivación y del comportamiento humano (evolución de los motivos desde su carácter hedonístico, «esto es agradable», al deontológico, «esto debe ser elegido»).

El hombre cree en el deber por el hecho mismo de ser hombre. El valor real del hombre es su valor ético, más aún, el deber es una necesidad práctica de la vida humana. La ley moral y el libre albedrío no se demuestran; son objeto de Fe. Al método científico, que ha matado la libertad, le sigue el método moral, que la hace revivir. La ciencia y la libertad humana no se contradicen; se trata sólo de encontrar el principio conciliador.

El mérito del psicoanálisis está en haber contribuído a determinar que elementos del pasado han sido activados en un momento dado, pero esto no justifica la negación freudiana de la libertad. El psicoanálisis contribuye solamente —y éste es, ciertamente, un gran éxito científico— a determinar los límites de la libertad en situaciones concretas de la vida humana.

En el capítulo cuarto dedica su atención a la experiencia científica del acto voluntario. La exactitud con que se registran las entrevistas terapéuticas ofrecen un material psicológico de extraordinario valor, permitiendo hacer un análisis de las condiciones personales del individuo. La libertad del hombre es examinada según los principios de la orientación psicológica llamada antropoanálisis a fin de captar el significado del obrar humano en relación al modo existencial del sujeto, en ella domina el fenómeno de la «conciencia de acción» como característica preeminente del acto volitivo y no se encuentra en los demás procesos conscientes.

A medida que el hombre es capaz de concebir por sí mismo una idea personal, no dada por sensaciones que recibe y por asociaciones hechas anteriormente, se va acercando más al genio y a la libertad.

Más adelante estudia la capacidad de elección como función de la personalidad, en la que radica la noción de responsabilidad.

En el quinto capítulo, con el título de «Experiencia empírica de la libertad vivida», entra en una contribución personal, que son verdaderamente estudios «clínicos» de la personalidad psicológica en relación con la experiencia de la libertad y causas de su limitación.

Hasta aquí, datos de experiencia psicológica como estudio previo de la valoración teórica que forma la segunda parte del libro con los fundamentos de la libertad personal, su significado y consecuencias éticosociales y pedagógicas.

De los estudios de Grasset, se deduce esta afirmación, sin duda verdadera, que la responsabilidad fisiológica es un elemento necesario, pero no suficiente en sí mismo para demostrar la culpabilidad. Esto indica una *condición*, pero no un *criterio*, para resolver el problema de si la culpabilidad o responsabilidad moral puede existir independiente de la libertad del individuo, como bien observa J. Borel diciendo que «la base orgánica, la psicológica, el hecho de la conciencia, no es de fibra nerviosa». De ello se deduce claramente la diferencia entre la función del médico y la del magistrado. Para este último, el problema es mucho más complejo, tiene que analizar también la intención del sujeto.

Para terminar, nada mejor que las manifestaciones de Fray Agostino Gemelli en su presentación:

«Muchos psicólogos han deshumanizado la vida del hombre; el mérito principal del trabajo del P. Zavalloni está en haber demostrado que se puede ser psicólogo moderno valiéndose de las más modernas técnicas y comprender, sin embargo, el significado del hombre como ser libre. Todos los psicólogos debemos alegrarnos de estos resultados. Porque también el presentar la psicología con rostro humano nos permite promover las investigaciones para un examen más profundo del conocimiento del hombre.»

Una abundante bibliografía avalora el libro e indica la gran competencia del autor, que nos ha dado un gran libro por su intrínseco valor de adentrarse el análisis de la persona humana y precisamente en su zona más elevada, en su psiquismo, en su voluntad, en su conciencia moral, todo lo cual hace que su lectura sea apasionante. — M. VICENTE.

SOREN KIERKEGAARD Y EL CATOLICISMO, *por* HEINRICH ROOS, S. I. *Traducción de* JAVIER OYÁRZUN. *Un vol. (19 por 12 cm.) de 112 páginas; rústica. Precio: 25 pesetas. Ediciones Fax, Zurbano, 80. Madrid, 1959.*

Es muy interesante lo que el traductor, J. Oyárzun, nos informa sobre el reverendo padre H. Ross, de que, seguramente, desde la reforma, es un católico y, por añadidura, jesuíta; ejerce por primera vez la enseñanza en la Universidad de Copenhague, y que este profesor fue invitado por la Asociación Soren Kierkegaar para pronunciar una conferencia sobre Kierkegaard y el catolicismo, en enero de 1952, que se publicó en danés.

De la versión inglesa (1954) y de la francesa (1955) se ha valido el autor, H. Roos, para comprobar la fidelidad de esta versión española, de la que el R. P. L. O. Dorn, S. I., paciente y concienzudamente repasó y corrigió; todo lo cual es garantía suficiente para estimar que esta versión española es fiel reflejo de aquella conferencia.

En esta publicación se trata de la posición del filósofo danés respecto al catolicismo a principios del siglo XIX.

El austríaco F. Edner fue el primer filósofo católico que se dio cuenta de la importancia de Kierkegaard, y precisamente a sus 35 años, el estudio de las obras del filósofo danés le empujó a dar el paso definitivo al cristianismo católico, y Haecker, que no sólo aprendió el danés para traducir a Kierkegaard, sino que fue llevado por él al cristianismo.

El P. Przywara profundizó las cuestiones de las relaciones del filósofo danés y el catolicismo, afirmando que ha sobrepasado los límites del luteranismo y ha iniciado el camino hacia la Santa Madre Iglesia.

Todos los puntos del filósofo danés que expresan tendencias y concomitancias hacia el catolicismo hacen que se le pueda adscribir como un católico anónimo, empleando la frase de Przywara, por intuición y deseo de conocer la verdad, ya que, según el autor, puede afirmarse que nunca leyó a los grandes pensadores clásicos católicos.

Su sinceridad apreciable en sus escritos ha sido causa de que muchos de sus lectores han sido impulsados por él hacia el bando católico, lo que hace pensar lógicamente que al catolicismo se habría inclinado definitivamente de no haberse cortado su vida antes de llegar a ese fin.

¿Puede entrar esta publicación en el capítulo de las biografías? Creemos que no, puesto que solamente abarca una faceta de su pensamiento o acaso mejor de su conciencia; pero lo que nos parece mejor es que este estudio que hace del filósofo danés es un auténtico estudio psicoanalítico, ya que a través de sus publicaciones ha tratado de poner de manifiesto el fondo de su conciencia hasta tal punto, que han llevado a muchos a definir ideológicamente al filósofo danés como un alma «naturalmente católica».

Su lectura es interesante porque demuestra la duda de un espíritu selecto y sincero que no se recata en manifestar su oposición en puntos fundamentales de su propia religión, y, en cambio, estar conforme con los de otra religión, de la que no es miembro, pero que en el fondo de su ser y de su pensamiento, y aun de su conciencia, se ve una clara tendencia hacia la religión católica.—M. VICENTE CARCELLER.

PRÉCIS DE BOTANIQUE, *por* P. CRÉTÉ. *De la «Collection de Précis de Pharmacie», sous la direction de M. M. Janot. Tomo II: «Sistématique des angiospermes». Un vol. (16'5 por 21'5 cm.) de 429 páginas y 81 planchas, conteniendo cada una de ellas varias figuras; encuadernación en tela. Masson et Cie., Editeurs, 120, Boulevard Saint-Germain, París, VI, 1959.*

La Farmacia emplea drogas vegetales que se utilizan para la preparación de fórmulas galénicas o para la extracción de los principios activos que se esfuerzan en obtener químicamente puros.

Debe saberse, pues, identificar los vegetales; de aquí la necesidad de su estudio en la disciplina de materia farmacéutica vegetal.

El presente volumen está dedicado al estudio universitario correspondiente a un semestre. En él se comprende el estudio de las angiospermas, de gran interés farmacéutico, porque ellas contienen en abundancia drogas que actúan sobre el equilibrio funcional del organismo humano.

Las divide el autor en dos grandes grupos: monocotiledóneas y dicotiledóneas; en cada uno de ellos describe los órdenes que comprende, dedicando especial atención a una familia tipo de cada uno de ellos.

Con este proceder sintético y fácil de retener (no se olvide que está dedicado especialmente a los estudiantes de Farmacia), se evita el que se tenga que recurrir a publicaciones más enciclopédicas, que es una de las finalidades del autor.

Estimamos que es una publicación que puede ser muy útil a los farmacéuticos, en lo que colabora eficazmente su magnífica presentación, que hace honor a la Editorial Masson et Cie.—M. VICENTE CARCELLER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960

REVISTAS

NACIONALES

OTORRINOLARINGOLOGÍA

DE JUAN, P. (Santander). — «LARINGUECTOMÍA ADECUADA EN EL CÁNCER SUPRAGLÓTICO.» «*Anales de la Casa de Salud Valdecilla*», *t. XX, n.º 5, págs. 289-307. Santander, 1959.*

EN la actualidad todos los esfuerzos se dirigen en el sentido de la cirugía funcional de la laringe, calificada como cirugía del porvenir. Estas operaciones han de ser radicales en contra del tumor, y conservadoras de las funciones del órgano de la voz. Este criterio quirúrgico es aplicable, según nuestra casuística, en el 33 por ciento de los casos de cáncer con la seguridad necesaria. En España han recibido ya el bautismo de una larga experiencia. La laringe se desarrolla en el espacio comprendido entre el tercero y sexto arco branquial; la soldadura de éstos forma las barreras histoeliteliales que se oponen a la progresión del cáncer en determinada dirección. Embriológicamente, la parte de la laringe supraglótica deriva de la fúrcula y la glótica e infraglótica del tubo traqueal primitivo; la separación de ambas tiene su límite bien preciso en el epitelio de la cuerda vocal que detiene la expansión del cáncer.

La forma vegetante de los cánceres laríngeos es el 50 por ciento, y la de los infiltrantes, el 31 por ciento. Los primeros dan menos metástasis y tienen mejor pronóstico que los segundos.

Ante la confusión motivada por las diferentes clasificaciones, hoy se acepta la clasificación de Copenhague, que divide en cuatro grupos y otros cuatro subgrupos. 1.º Carcinoma glótico. 2.º Supraglótico. 3.º Subglótico; y 4.º Laringofaríngeo. Y, según el estado del sistema ganglionar, en: 1.º Grupo que no se aprecian ganglios. 2.º Se aprecian ya algunos ganglios. 3.º Ganglios muy manifiestos; y 4.º El tumor y las cadenas ganglionares forman una sola masa.

Cuando las extirpaciones de la tumoración y de los tejidos que la rodean han sido muy extensas, entonces se alteran los movimientos de la deglución; para evitar esto, Tomás de Juan sutura la laringe al hioides, hueso que él procura siempre conservar.

Las metástasis a distancia del cáncer laríngeo fueron negadas por Krieshaber. Generalmente, las reproducciones son *in situ*.

Videgaín ha practicado la laringuectomía parcial adecuada en cancerosos previamente irradiados, notando solamente que el curso postoperatorio fue más largo que en los no irradiados.

Según la radiorresistencia o radiosensibilidad del tumor, se aconseja la operación o la irradiación o el tratamiento mixto en «sandwich». La telecobaltoterapia está equiparada a la röntgenterapia de concentración con supervoltaje, y más indicada en los tumores profundos.

El número de diagnósticos de cáncer inicial de la laringe es escaso, teniendo en cuenta la facilidad de su diagnóstico. A esta tardanza contribuye, sin duda, el no percatarse del alcance de una enfermedad que aparece sin molestias.—AUTORRESUMEN.

DERMATOLOGÍA

VILANOVA, X., y DE MORAGA, J. M. — «TRATAMIENTO DE LA DERMATITIS HERPETIFORME (DHURING) Y HERPES GESTATIONIS CON LA SULFAMETOXIPIRIDAZINA.» «*Actas Dermosifiliográficas*», *año L, n.º 7, págs. 339-442, octubre 1959, Madrid.*

EN la mayoría de los casos, la sulfatometoxipiridazina controla satisfactoriamente el brote ampolloso de la dermatitis herpetiforme.

Es necesario individualizar la dosis en cada caso, variándola de acuerdo con las distintas necesidades de la misma que parece requerir un mismo enfermo.

Las reacciones medicamentosas producidas por la droga no difieren de las corrientemente observadas en el grupo de las sulfamidas.

El enfermo deberá permanecer bajo control médico, para evitar su presentación. — F. VARA SANTOS.

VILANOVA, X., y CAPDEVILA, J. M. — «ESTUDIO ESTADÍSTICO DE 141 CASOS DE ESTRÓFULUS VISITADOS EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE LA CÁTEDRA UNIVERSITARIA DE BARCELONA.» «*Actas Dermo-sifiliográficas*», *año L, n.º 6, págs. 357-360, agosto-septiembre 1959. Madrid.*

DE entre los 141 casos de estrófulus visitados en la consulta, se entresacan 72 enfermos, de los cuales ha sido posible un estudio etiológico cuidadoso. Los datos estadísticos arrojan un 1 por ciento de enfermos con déficit de vitamina F, un 25 por ciento de enfermos con presencia de parásitos intestinales, 1 por ciento de sensibilización a insectos parásitos, 19'5 por ciento con irregularidades alimenticias, 35 por ciento con sensibilidad anómala a la flora intestinal y 18 por ciento sin causa etiológica identificable.

Se indican los tratamientos a seguir en los diferentes casos. — F. VARA SANTOS.

EXTRANJERAS

CIRUGÍA

FINOCHIETTO, R. — «SEDA FLOJA.» «*La Semana Médica*», *tomo 115, núm. 9, páginas 345-6, agosto 1959. Buenos Aires.*

INTRODUCIDA por Manigot en 1941, se prepara en hebras de doscientas fibrillas unidas en manojos de unos tres milímetros de ancho por uno de espesor. Es muy resistente a la tracción, de fácil esterilización y perfecta tolerancia en los tejidos.

Es muy conveniente para la cura de hernias y eventraciones, sobre todo en personas de edad o con taras.

Se aconseja hervirla durante una hora, a pesar de presentarse esterilizada.

Seguidamente el autor da unos detalles de técnica referente a su empleo, insistiendo en la precaución de hervirla durante sesenta minutos en agua esterilizada. — J. RIVERA.

IVANISSEVICH, O., y RIVAS, C. L.—«TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO.» «*La Semana Médica*», *páginas 485-494 y 531-548, tomo 115, números 13 y 14, septiembre y octubre 1959. Buenos Aires.*

LOS autores empiezan afirmando que hasta el presente no hay tratamiento médico eficaz para el quiste hidatídico de hígado. Se oponen al éxito de la terapéutica médica: 1.º la falta de una substancia parasiticida de acción general efectiva y electiva; 2.º el diagnóstico, siempre tardío, y 3.º las lesiones hepáticas periparasitarias que constituyen una *herida esferoidal* del hígado.

El tratamiento es, pues, quirúrgico, siendo la oportunidad operatoria: permanente para los quistes no complicados, perentoria para los infectados con o sin ictericia y diferida en algunos quistes abiertos en las vías biliares, en los bronquios o en las vísceras huecas.

Decidida la intervención, la técnica debe ceñirse a los rígidos principios de: 1.º abordaje preciso; 2.º esterilización y evacuación del parásito, y 3.º tratamiento de la adventicia, esto es, de la herida esferoidal.

A pesar de que cada enfermo plantea un caso particular, el tratamiento del quiste y de la herida esferoidal puede reducirse esquemáticamente a cuatro procedimientos: 1.º cierre sin drenaje, 2.º marsupialización, 3.º quistectomía y 4.º hepatectomía.

Describen todos estos procedimientos en detalle y después el tratamiento de los quistes hidatídicos múltiples, de los calcificados, de los con rotura de la hidátide en los conductos biliares, de los abiertos en los bronquios, de los pioneumoquistes de origen hidatídico, de los abiertos en la vena cava o en las venas suprahepáticas y de las recidivas.

Dedican un capítulo final al pronóstico. J. RIVERA.

APARATO CIRCULATORIO

OKEN, D. E. — «VALORACIÓN CUANTITATIVA DEL COLÁGENO EN EL MIOCARDIO HUMANO.» (*Valutazione quantitativa del collageno nel miocardio humano.*) «*Minerva Medica*», *12, 519, 1958.*

MEDIANTE el estudio de la hidroxiprolina de fragmentos de miocardio humano en cadáveres, investigan la cantidad de tejido colágeno, toda vez que este aminoácido no forma parte nunca de las proteínas musculares. Hallan que es mayor la concentración de colágeno en el corazón derecho que en el izquierdo, y que las aurículas contienen

doble cantidad que los ventrículos. Los corazones que padecieron infartos de miocardios tenían mayor cantidad de colágeno por las cicatrices de la enfermedad. En el niño es mayor la cantidad de colágeno que en el adulto, y después de los treinta años esta cantidad permanece invariable. — SAMITIER.

WAREMBOURG, H., y PACUCHANT, M. (París). — «EL TRATAMIENTO DEL EDEMA PULMONAR AGUDO.» (*Il tratamento dell'edema polmonare acuto.*) «*Minerva Medica*», *24, 1.130, 1958. Torino.*

FIN principal del tratamiento de urgencia es disminuir la presión sanguínea intrapulmonar, especialmente en la forma cardíaca que constituye la más frecuente. El tratamiento de urgencia de esta forma de insuficiencia ventricular izquierda, paroxística, se apoya sobre el clásico trípode de la sangría, de la estrofantina y de la morfina. El primero, por haberse revelado peligroso por poder producir anoxia cerebral y colapso circulatorio, viene actualmente limitado a extraer cantidades pequeñas de sangre, 200-300 c. c., y reservado para cuando fracase la terapia medicamentosa. La segunda se suministra por vía intravenosa a la dosis de 0'25 miligramos. La morfina sola o asociada a la atropina puede, por ella misma, yugular a veces la crisis, inyectándola a la dosis de 1 cg. por vía intramuscular o intravenosa, repitiéndola en caso de fracaso. Otros métodos a emplear son los diuréticos mercuriales, novocaína intravenosa lenta en solución al 1 por ciento o alcohol etílico en inhalación. Podría empezarse por inyección de morfina seguida de una de estrofantina y de un mercurial parenteral, y en caso de fracaso repetir la morfina y una sangría de mediana cantidad. Si esto fracasa, repetiremos la morfina y la estrofantina, pero no la sangría. Recurriremos también a la oxigenoterapia y a la infiltración del estrellado. En caso de etiología renal, está contraindicado el mercurial, y si hay asociación a un infarto no daremos estrofantina ni la sangría. Superado el acceso agudo, seguirá el reposo, la morfina tres días, sustituída por barbitúricos o antihistamínicos, diuréticos y cardiotónicos. Dieta pobre en líquidos y en sal. Si la causa es infecciosa, cloropromazina en lugar de morfina y analépticos y no cardiotónicos, más antibióticos. De causa neurológica: perfusión de novocaína (traumatismos, incidentes vasculares cerebro meníngeos) e infiltración estelar. Suspéndase el agente causal en las de origen medicamentoso, como ACTH, DOCA y cortisona. — SAMITIER.

LABORATORIO

CAGLIERIS, A., y CARRIDARI, F.—«ESTUDIO ELECTROFORÉTICO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LAS PROTEÍNAS SÉRICAS Y DEL L. C. R. EN LA ESCLEROSIS EN PLACAS.» (*Indagine elettroforetica sul comportamento delle proteine seriche e liquorali nella sclerosi a plache.*) «*Minerva Medica*», *50. 1959. Torino.*

SE trata de un estudio mediante electroforesis sobre papel, de las proteínas séricas del L. C. R. en veinticinco casos de esclerosis en placas con el fin de establecer una comparación entre los proteinogramas sérico y liquoral, y comprobar la utilidad de su investigación en clínica.

Las proteínas séricas prácticamente no experimentan ninguna modificación. Solamente en los casos recientes de evolución inferior a tres años, se nota un ligero aumento de todas las fracciones globulínicas, en especial de las alfa dos y beta.

En el L. C. R., por el contrario, hay de manera constante un aumento de la gamma globulina, a pesar de que los valores de ésta en el suero son normales.

Existe, pues, una cierta disociación entre el cuadro proteico del suero y del L. C. R. lo que plantea el interesante problema del origen de la gamma globulina del liquor, que para algunos autores se formaría *in situ* por formación de anticuerpos en el espacio meníngeo.

Desde el punto de vista clínico, la utilidad de estas determinaciones es nula y no permiten establecer diferencias diagnósticas ni de pronóstico en los diversos casos. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

F. CAVATUZZI, G. TEDESCHI, G. ANGELLI. — «RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN TIROIDEA Y LEUCOCITOS BASÓFILOS.» (*Raportei tra la funcionalita tiroidea e leucociti basofili.*) «*Minerva Medica*», *50, 57, 2.352, 1959.*

LOS autores proponen el recuento directo en cámara cuenta glóbulos de los leucocitos basófilos como un medio eficaz de controlar la función tiroidea.

Realizan un estudio clínico experimental en una serie de enfermos tiroideos comprobando que en los pacientes hipertiroideos disminuye el número de basófilos por milímetro desde 40'9 (promedio normal) hasta una media de 15'6, mientras que en los hipotiroideos aumenta la cifra de basófilos hasta un promedio de 66.

Estudian estadísticamente la correlación existente entre los leucocitos basófilos y las cifras de metabolismo basal, colesterinemia y yodo proteico, comprobando que es altamente significativa.

La acción de la tiroxina y de la hormona tirotropa en hombres y conejos normales provoca una caída del número de basófilos, mientras que la administración de un antitiroideo de síntesis como el 1-metil 2-mercaptoimidazol, provoca una elevación de la cifra de basófilos.

Parece claro, pues, que en contaje de los leucocitos basófilos es un dato de interés clínico fácilmente realizable en cualquier laboratorio que permite enjuiciar la situación del funcionalismo tiroideo. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PATOLOGÍA

POCH G. F. — «PROGRESOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIASTENIAS.» «*La Semana Médica*», *tomo 115, núm. 9, pág. 340-344, agosto 1959. Buenos Aires.*

LA timectomía estaría indicada en mujeres de menos de cincuenta años, sin timomas.

La Neostigmina es útil, sin olvidar sus inconvenientes de brevedad de acción, necesidad de sumación y accidentes por intolerancia o sobredosis.

La Piridostigmina, de acción más lenta, pero más prolongada que la anterior, sobre todo por la noche.

Win 8077. Tiene la misma potencialidad anticolinesterasa que la neostigmina y tres veces su acción anticurare.

El ACTH tendría efectos de gran mejoría en la mayor parte de los casos. — J. RIVERA.

LENTI, G.; MOLINATTI, G. M.; CAMANNI, F., y PIZZINI, A. — «OBSERVACIONES CLÍNICAS Y HORMONALES DE SÍNDROMES HIPERCORTICOSUPRARRENALES OLIGOSINTOMÁTICOS.» (*Observations clinaques et hormonales de Syndromes hypercorticosurrénaliens oligosymptomatiques.*) «*La Presse Médicale*», *núm. 67, noviembre 1959. Turin.*

COMENTAN los autores la frecuencia de los llamados síndromes monosintomáticos de la hiperfunción suprarrenal, de una dificultad diagnóstica grande, algunas veces, en cuanto al planteamiento de su tratamiento.

Describen tres casos observados por ellos en el curso de cinco años entre cuarenta y dos enfermos afectos de hipercorticosuprarrenalismo. Cuadros que habían sido diagnosticados de otra afección, descubriéndose después su verdadero origen.

El primero era el de una enferma de 44 años, que presentaba: osteoporosis y cefalea, siendo en ella la cifra de los 17-cetosteroides de 20 mg. en veinticuatro horas y la de los 17-0H-corticoides de 8'5 mg. en las veinticuatro horas, aumentando a 25'2 y 23'4, respectivamente, después de la administración de 25 mg. de ACTH en perfusión intravenosa en ocho horas.

La segunda es otra enferma de 53 años que presentaba una hipertensión arterial de 26 de máxima y 13 de mínima, cefaleas y ligeras alteraciones del metabolismo de los glúcidos, con una ligera poliglobulia, teniendo, como la anterior, las siguientes cifras de 17-cetosteroides y de los 17-0H-corticoides, respectivamente: 11'5 mmg. y 10'2 mg. en veinticuatro horas, que variaban después de la administración de ACTH a 11'5 mg. y 13'7 mg., respectivamente.

El tercer caso que presentan es una enferma de 33 años, que aqueja desde largo tiempo polifagia, polidipsia y poliuria, junto con una obesidad tipo Cushing, moderada hipertensión e hipertricosis y oligohipomenorrea, siendo sus cifras de 17-cetosteroides y 17-0H-corticoides de 13'5 mg. y 12'5 mg. en las veinticuatro horas, variando a 18'6 mg. y 43'5 mg. después de la administración intravenosa en la misma forma de ACTH.

Comentan los autores que estos cuadros presentan una característica común, que es la hiperfunción corticosuprarrenal, manifestada en la clínica por un síntoma predominante de esta enfermedad, en cada uno de los cuadros, y llegan a la conclusión de que para establecer el diagnóstico correcto es necesario llegar a la cromatografía de los 17-cetosteroides para ver cuál de las fracciones es la elevada y de esta manera poder establecer el diagnóstico cierto y dar al enfermo el oportuno tratamiento, que en los tres casos presentados por ellos consistió en la suprarrenalectomía, seguida de muerte en uno de ellos y de curación en los otros dos. — GARCÍA LEJARRETA.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

RE, C. (Torino). — «CONSIDERACIONES SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LOS INJERTOS ÓSEOS EN CIRUGÍA TRAUMATOLÓGICA Y ORTOPÉDICA.» (*Considerazioni sull'utilizzione degli osteoinnesti in chirurgia traumatologica e ortopedica riparatrice.*) «*Minerva Ortopedica*», *vol. 10, núm. 12, págs. 865-872, diciembre 1959. Torino.*

DESPUÉS de unas generalidades sobre injertos óseos, sus clases y métodos de conservación, hace el profesor Re una revisión de las técnicas seguidas y resultados obtenidos en la aplicación de injertos óseos en distintos procesos. Concretamente, en afecciones de la columna vertebral, en seudoar-

trosis de huesos largos y en neoplasias del esqueleto.

Con arreglo a la experiencia del autor, resulta:

1.º El injerto óseo autoplástico es el indicado cuando sea necesario obtener una rápida consolidación y una función ósea de garantía (artrodesis vertebral y coxo-femoral, seudoartrosis de huesos largos, resecciones por neoplasias).

2.º El injerto óseo refrigerado, homo y heteroplástico, encuentra su indicación cuando son precisas notables cantidades y no sea conveniente obtenerlo del propio enfermo.

3.º El injerto flexible corticoperióstico tiene precisas indicaciones: retardos de consolidación, seudoartrosis rígidas, fusiones vertebrales. Para estas últimas concede la preferencia a los injertos flexibles.

Finalmente, señala los múltiples factores que condicionan el resultado final, entre los cuales incluye el que hoy día se considera fundamental por todas las escuelas de cirugía ortopédica: el estado de la piel.—SERAL.

CALVETTI, P. (Alessandria). — «SOBRE LA TÉCNICA DE LOS INJERTOS AUTOPLÁSTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS NO CONSOLIDADAS.» *(Sulla tecnica degli innesti autoplastici nel trattamento delle fratture diafisarie non consolidate.) «Minerva Ortopedica», vol. 10, núm. 28, páginas 873-875, diciembre 1959. Torino.*

EN un trabajo breve y bien ilustrado, describe el autor la técnica que sigue en el tratamiento de las fracturas no consolidadas, por retardo de consolidación o por seudoartrosis. En especial, en las fracturas diafisarias de pierna.

Lo fundamental y original de esta técnica consiste en el intento de sumar las ventajas que ofrecen el uso de los injertos óseos rígidos y los blandos ósteo-periósticos autoplásticos, usándolos asociados.

Con el rígido se obtiene una rigurosa fijación de los fragmentos, y con el flexible ósteoperióstico se estimula la actividad ósteo-genética del tejido huésped.—SERAL.

MARTINOLI, F., y ROSSI, G. D. (Milán).— «LA INFILTRACIÓN ANESTÉSICA DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LOS TRAUMATIZDOS DEL HOMBRO.» *(L'infiltrazione anestesica del nervo soprascapolare nel recupero funzionale dei traumatizzati della spalla.) «Archivio Italiani di Chirurgia», vol. LXXXV, fasc. VI, páginas 521-533. Bolonia.*

LOS autores, modificando la técnica de Wertheim Rovenstine y Bonica, han practicado la infiltración anestésica del nervio supraescapular en la escotadura coracoidea del omóplato, en las afecciones agudas y crónicas del hombro. Sobre treinta y dos casos de rigidez dolorosa post-traumática, han obtenido muy buenos resultados en dieciocho, buenos en once y mediocre en tres. Los favorables resultados obtenidos los atribuyen a la desaparición del dolor, que permite una mejor movilidad activa de la articulación y, por consecuencia, un mejoramiento del trofismo de los tejidos articulares y periarticulares.—SERAL.

BARBIERI, E., y NICOALAI, E. DE (Milán).—«LAS FRACTURAS DEL ESTERNÓN.» *(Le fratture dello sterno.) «Archivio Italiano di Chirurgia», vol. LXXXV, fasc. V, págs. 431-441. Bolonia.*

LAS fracturas del esternón, consideradas antes como excepcionales, son hoy día de relativamente frecuente observación. Los autores presentan seis casos, cuatro por traumatismo directo y dos por traumatismo indirecto, haciendo un estudio sobre la etiopatogenia, sintomatología y tratamiento de dichas fracturas.—SERAL.

MUÑOZ BOIRA, J. J. (Valencia).—«FRACTURAS DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL RADIO.» *«Anales del Servicio de Traumatología y Cirugía del Dr. López Trigo», 2.ª época, tomo XIV, núm. 2, abril-junio 1959, páginas 61-113. Valencia.*

PRESENTA el autor una revisión de las fracturas de radio tratadas en cinco años en el Servicio de uno de los maestros y pioneros de la especialidad traumatológica en España.

La revisión va precedida de unas generalidades anatómicas y clínicas de tales fracturas, abarcando todos los aspectos de las mismas. En total son revisados ochenta y tres casos, de los cuales recibieron tratamiento ortopédico sesenta y seis, y sólo diecisiete fueron tratados quirúrgicamente.

Acompaña al trabajo una copiosa bibliografía.—SERAL.

PSIQUIATRÍA

ZYGMUNT, A. (Piotrowski). — *(Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas conexas), núm. 28, págs. 643-669. Octubre-diciembre 1959. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito, 1959.*

EL autor señala que desde 1952 el promedio de artículos y libros sobre el método de Rorschach no es inferior a diez cada mes, dándose el mayor porcentaje de publicaciones en los Estados Unidos. Señala cómo las conclusiones a que han llegado los diversos autores son tan dispares que ni se ha intentado, ni sería posible, aunar los criterios, pareciendo que tal método sólo tiene de común entre los investigadores las láminas que se emplean en el mismo. Con lujo de detalles y demostrando conocer a fondo libros magistrales que sobre el Rorschach se han publicado —refiriéndose especialmente a la esquizofrenia—, señala las coincidencias de distinguidos investigadores frente a las antagónicas de otros no menos famosos, lo que demuestra que no utilizan una técnica de investigación superponible. Por todo ello considera necesario volver a definir el significado psicológico de muchos componentes o interpretaciones de detalle de las láminas y opinando que sería también interesante eliminar muchos conceptos obscuros.—LUIS DEL CAMPO.

TRUEBLOO (Brown, EE. UU.).—«EL SILENCIO EN EL "QUIJOTE".» *«Archivos de Criminoología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas», n.º 28, págs. 615-642, octubre-diciembre 1959. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.*

EL autor parte del concepto filosófico con que Ortega y Gasset enjuiciara el silencio, para seguidamente hacer algunas observaciones sobre el mismo en autores modernos, en cuya prosa lo utilizan o le dan forma mediante expresiones estilísticas, para causar mayor efecto en el ánimo de quien lea o asista a una representación de sus obras. Seguidamente estudia, puede afirmarse, tanto o más que el «Quijote», toda la producción cervantina, los silencios relacionados con su técnica narrativa; en sus innumerables acotaciones demuestra que el silencio e incluso los sonidos no son elementos de rutina que el príncipe de las letras españolas intercala en sus textos, sino auténticos medios expresivos de gran vigor y flexibilidad para la captación del ambiente y situaciones anímicas donde se desenvuelven sus protagonistas y personajes, empleándolos, sin duda, con frecuencia para aumentar las sensaciones afectivas y reforzar las escenas que trata de describir.

Trabajo meritísimo el presente, sobre tema no estudiado todavía, enjuiciando a Cervantes, a la par que enaltece su gigantesca figura, patentiza el fino espíritu analizador dal autor y la profundidad de sus interpretaciones, dignas del mayor aplauso.—LUIS DEL CAMPO.

SÁNCHEZ GARCÍA (Quito). — «EL PSICÓLOGO CLÍNICO Y LA PSICOTERAPIA.» *«Archivos de Criminología, Neuro-psiquiatría y disciplinas conexas.», n.º 28 págs. 538-566, octubre-diciembre 1959. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito (Ecuador).*

EL autor hace referencia al nuevo título que expiden las Universidades de Lima y Ecuador sobre doctor en Psicología, y quiere salir al paso de posibles roces profesionales entre éstos y los psiquíatras, como desgraciadamente se ha dado en otros países diversos, especialmente sudamericanos, con notables perjuicios para unos, para otros y para el propio paciente objeto de estudio y tratamiento. Para mayor abundancia de pruebas delimita cuáles deben ser las funciones respectivas, dando la primacía o supervisión al psiquíatra, debiendo limitarse el psicólogo a convertirse en una especie de auxiliar suyo o ayudante, sin que nunca, por ningún motivo, deba intentar realizar psicoterapia. Para demostrar los perniciosos efectos que pueden producirse por inmiscuirse unos de estos especialistas dentro del campo o funciones pertenecientes a los otros, reseña, con extensión y lujo de detalles, tres casos personales sumamente demostrativos. — LUIS DEL CAMPO.

GARCÍA COLCOCHEA (Lima). — «ACCIÓN DE LA CLOROPROMAZINA SOBRE LA COLINESTERASEMIA.» *«Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas», n.º 28, págs. 567-875, octubre-diciembre 1959. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito (Ecuador).*

LA autora expone primeramente un resumen de las propiedades terapéuticas y características químicas del moderno ganglopléjico conocido en nuestro ambiente con el nombre de largactil, clorpromazina. Seguidamente hace una serie de referatas sobre autores peruanos que han publicado trabajos o dado a conocer experiencias sobre este preparado, para abordar por último el tema que enuncia.

Sus estudios se han basado en la determinación de la actividad colinesterásica del suero sanguíneo de cincuenta individuos afectos de diversas enfermedades mentales, comprobando que dos horas después de la administración de clorpromazina bajan las tasas con los siguientes valores: esquizofrenia paranoide: antes, 34'4; después, 42'5; esquizofrenia hebefrénica: antes, 41'3; después, 48'8; esquizofrenia simple: antes, 37'3; después, 41'06; demencia por alcoholismo: antes, 38'5; después, 43'9; psicosis maníaco-depresiva: antes, 36'1; después, 41'05; estado crepuscular epiléptico: antes, 32'5; después, 32'5.—LUIS DEL CAMPO.

PEDIATRÍA

BORGES RECIO.—«TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LOS HEMANGIOMAS.» «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. XXXI, núm. 6, junio de 1959.*

EMPIEZA el autor su comunicación citando todos los trabajos, muy abundantes, tan recientes, que han demostrado cómo la mayoría de los hemangiomas, sobre todo los de tipo capilar hipertrófico, regresan espontáneamente, lo que ha dado lugar a que el capítulo de la terapéutica de los hemangiomas esté, en el momento actual, en plena revisión.

Refiere el doctor Borges cómo en su Servicio de Cirugía Plástica ha tenido ocasión de ver muchos casos que han curado sin tratamiento o apenas con escaso tratamiento.

La benignidad de estos tumores y su localización precisamente en los lugares más visibles, exige un resultado estético lo más satisfactorio posible.

Se estudia la etiología del proceso y se destacan los que son más frecuentes: los localizados en piel, tejido celular subcutáneo y mucosa labial, más frecuentes en el sexo femenino, en la raza blanca y en las regiones de la cabeza. Encontró el autor, entre cuatrocientos, el 85 por ciento de carácter congénito, y un 80 por ciento de únicos.

Destaca también la escasa cantidad de complicaciones, que «con tanto énfasis se mencionan en algunos trabajos de la literatura médica». Sólo hubo un caso, de una chica de 15 años, que falleció por hemorragia, y *ni uno sólo de complicación maligna.*

Se limita el autor a una sencilla clasificación de este proceso y califica de innecesarias y confusas las demás. Establece el hemangioma capilar plano, el capilar hipertrófico, el cavernoso y el mixto.

El hemangioma capilar plano no tiene tendencia a la curación espontánea ni a la invasión de los tejidos vecinos. Es tan difícil su terapéutica, que si no se encuentra en lugar muy visible, se recomienda no tratarlos; sobre todo, los que no tienen una coloración muy oscura. Los de la cara se pueden disimular con maquillaje, en la mujer, no en el hombre. El tatuaje sólo da resultado en los muy hábiles. La abrasión cutánea remueve las capas superficiales de la piel; pero no resulta por actuar sobre las profundas donde se encuentran los capilares anormales. En cuanto al rádium y rayos X, si son administrados lo suficientemente fuertes para destruir la capa capilar, también destruyen la piel y producen una deformidad peor que la lesión original. Esta radiorresistencia es debida a que los capilares están formados por endotelio adulto. La cirugía plástica puede dar resultados.

Hemangioma capilar hipertrófico, de capa elevada, rojo oscura, finamente lobulada, recubierta de piel delgada y brillante, blanda, límites precisos, menos extensa. Son congénitos, crecen tres meses, regresan espontáneamente al año y curan espontáneamente antes de los cinco años. Es necesario luchar con los padres, que muchas veces no se conforman con la actitud expectante. Precisa ser tenida en cuenta: localización, estado mental de los padres, edad del paciente, sexo, tipo de hemangioma, estado económico del paciente, facilidades terapéuticas al alcance del paciente. Hay que seguir la siguiente pauta: en primera visita, tomar fotografías en blanco y negro y en colores de la región con una regla al lado del hemangioma; la vigilancia será en días alternos, cuando el niño tiene menos de tres meses, ya que hay crecimiento en esta época precisamente; después de los tres meses, vigilar con más intervalo; si no hay tendencia invasora y está situado en lugar estético (cara, por ejemplo), esperar a los cinco años, por si desaparece; si más de cinco años, tratarlo activamente antes de que el niño vaya al colegio; si hay tendencia invasora, tratarlo activamente con premura. Si no se puede incindir, empezar por inyecciones esclerosantes de morruato de sodio al 5 por ciento (por no ser maligno el hemangioma, se pueden probar diferentes medicamentos), que produce trombosis seguida de esclerosis, atrofia y absorción de los vasos, y no necrosa si se inyecta en tejido vecino. Además de tratamiento esclerosante: radón en pequeñas dosis irradiado; una décima de milicurie por cada centímetro cúbico de tejido angiomatoso.

Pueden dar buenos resultados, pero muchas veces perjudicar, la nieve carbónica, el termocauterio, la röntgenoterapia y la rádiumterapia.

El peligro de estas dos está en la alopecia, condritis deformante, atrofia mamaria o genital, osificación prematura de huesos con acortamiento, degeneración de piel, atrofia y radiodermitis, ulceración de la córnea, cataratas, glaucoma e iridociclitis, leucemia y carcinoma de tiroides.

El tratamiento quirúrgico lo considera el autor como el más rápido y sencillo.

El tratamiento mixto resulta de elección muchas veces.

En cuanto al hemangioma cavernoso, es el más exagerado en cuanto a su desarrollo, pudiendo presentar latidos, etc. No tiene tendencia a la regresión espontánea y puede deformar la región donde asienta.

El tratamiento esclerosante puede dar resultado; pero muchas veces hay que asociarlo a la cirugía. A veces, están encapsulado, y se extirpan fácilmente. Pero otras veces hay que ligar los vasos aferentes y eferentes.

Los hemangiomas mixtos son frecuentes también, participando de los anteriores.—ANTONIO MALLÓU LABRADOR.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MANFREDI, R. E.—«LA HIPERTRICOSIS Y POLIQUISTOSIS OVÁRICA: AFECCIONES PSICOENDOCRINAS.» «*La Semana Médica*», *páginas 877-884, tomo 115, núm. 22, 26 noviembre 1959.* Buenos Aires.

COMPARA los resultados obtenidos en cincuenta mujeres, veinticinco tratadas con medios quirúrgicos y las otras veinticinco con hipnosis de profundidad.

Expone el concepto, frecuencia, edad de comienzo y clasificación. Anatomopatológicamente señala tres variaciones en relación a las manifestaciones clínicas: primera, prevalencia de hipertricosis y luteinización: heterosexualidad; segunda, grandes quistes sin tender a la atresia, granulosa estratificada y escasa reacción del estroma: meno y metrorragias, y tercera, ovarios displásicos: hipomenorrea.

En la sintomatología destaca: antecedentes de hipertricosis familiar, ciclos con predominio de oligomenorrea, esterilidad frecuente y disminución acusada de la fertilidad en el resto, aumento discreto en la eliminación de 17-cetosteroides, casi siempre ciclo monofásico. Sombra ovárica aumentada. Psicológicamente, el 90 por ciento agresivas, el resto dócil, todas angustia. Intensa concentración ideoplástica inconsciente en la fórmula «necesito ser hombre o parecerme a un hombre».

En cuanto al tratamiento, emplea en veinticinco prednisona o prednisolona, agregándose resección cuneiforme ovárica bilateral cunado se presentaron marcados trastornos en el ciclo; en veinticinco, psicoterapia profunda, seguida o no de resección cuneiforme ovárica y prednisonoterapia oral.

Resultados: En las operadas, entre el sexto y décimoquinto mes, en el 96 por ciento se detuvo el rebrote piloso, y en el 60 por ciento caía el remanente espontáneamente o a la tracción; regularizaron el trastorno menstrual en los tres primeros meses. En las sometidas a psicoterapia, el 96 por ciento fueron eumenorréicas, deteniéndose el crecimiento del vello en el 80 por ciento.

Al año de concluída la terapéutica en las tratadas con psicoterapia, el 100 por ciento eran eumenorréicas, en el 96 por ciento se estacionó el crecimiento del vello y desapareció la hipertricosis, 4 por ciento de recidivas y 83'3 por ciento de fertilidad restaurada. En las operadas, las cifras fueron, respectivamente: 80, 48, 52 y 33'3 por ciento. J. RIVERA.

ELÍAS COSTA, J. D.—«NUESTRAS OBSERVACIONES CON EL USO DE LOS DERIVADOS PIRAZÓLICOS EN GINECOLOGÍA.» «*La Semana Médica, E. M. E.*», *págs. 167-170, tomo 115 (Apéndice), núm. 7, 30 de mayo de 1959. Buenos Aires.*

EMPLEA la irgapirina en 144 casos (90 anexiales, 3 pelviperitonitis, 4 flebitis y 47 postoperatorios), obteniendo excelentes resultados. En los procesos febriles asocia los antibióticos. No observa modificaciones en fórmula y recuento, encontrando descenso de la velocidad de sedimentación.

En los trastornos ocasionados por el medicamento, encuentra seis casos de fluxión hemorroidal que desapareció al suspender la medicación en supositorios, tres de eritemas alérgicos y cuatro que hubieron de dejar el tratamiento por padecer trastornos hepatovesiculares.—J. RIVERA.

DA CUNHA, P.—«ALGUNOS ASPECTOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN TOCOLOGÍA.» (*Alguns aspectos da insuficiência renal aguda em Tocologia.*) *Comunicación presentada al VII Congreso Hispano-Luso de Obstetricia y Ginecología. Valencia, 31 de mayo al 3 de junio de 1959.*

SE trata de una monografía de cincuenta y ocho páginas, con doce microfotografías, dos figuras, ocho cuadros y una fotografía.

En ella el autor, después de una introducción, hace unas consideraciones sobre la fisiología renal. Estudia la etiopatogenia, síndrome biológico y profilaxis de la insuficiencia renal aguda, pasando después a ocuparse ampliamente del tratamiento, en el que distingue el etiológico y el de la anuria propiamente dicha, separando en éste: a) el tratamiento médico, b) la depuración extrarrenal, y c) el tratamiento quirúrgico, terminando con una exposición sobre el pronóstico y secuelas.

A continuación traducimoss las conclusiones:

1) La insuficiencia renal aguda constituye la más grave alteración renal.

2) La insuficiencia renal aguda continúa siendo problema muy importante en la patología del ciclo grávido puerperal.

3) La anoxia debida a anemia aguda del riñón, la agresisón tóxica directa a los epitelios y la obstrucción de los tubos por diversas sustancias son los principales factores patogénicos de la insuficiencia renal aguda en las varias situaciones obstétricas por nosotros consideradas.

4) El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, es la situación obstétrica que más predispone a la insuficiencia renal aguda, muy principalmente cuando está complicada de apoplejía úteroplacentaria.

5) Compete al tocólogo hacer su profilaxis, no sólo durante el trabajo del parto y puerperio, sino en el curso de la gestación. Deberá evitar los errores obstétricos, principalmente los traumatismos en las distocias.

6) El tratamiento etiológico es fundamental en la terapéutica de la insuficiencia renal aguda de causa obstétrica. De la precocidad de su institución depende en gran parte el pronóstico de la misma.

7) El tratamiento específico de la hemolisis es, sin duda, el exanguino-transfusión, la cual no sólo combate la anemia, sino también sustituye el plasma cargado de toxinas hemolizantes por plassma normal.

8) La terapéutica antimicrobiana en el aborto séptico no es suficiente, siendo necesario asociarle la antitóxica.

9) La terapéutica del desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, debe consistir en el tratamiento del shock y anemia y en la reducción del tiempo de trabajo del parto: amniotomía y administración de espasmolíticos con el fin no sólo de combatir la hipertonía uterina, sino también de luchar contra el espasmo renal.

La vía alta sólo estará indicada si el trabajo no se desencadena o no progresa; nunca deben olvidarse las pruebas de coagulación.

10) El tratamiento de las hemorragias por incoagulabilidad sanguínea deberá ser esencialmente médico, y consistirá principalmente en luchar contra la desaparición de los diferentes factores de coagulación, restablecer la volemia y corregir la anemia.

En los casos raros en que sea preciso recurrir a la cirugía, la operación de Porro deberá ser preferida a la histerectomía clásica.

11) La dietética ocupa lugar destacado en el tratamiento de la insuficiencia renal aguda; será establecida en la fase de anuria propiamente dicha, para disminuir la uremia, evitar la hipocaliemia y prevenir la sobrecarga de agua y sodio.

12) Uno de los puntos más importantes en el tratamiento de la insuficiencia renal aguda consiste en vigilar las cantidades de potasio, actuando en forma de disminuir dicho catión siempre que su tasa esté elevada.

13) El tocólogo debe tener siempre presente la predisposición de las portadoras de insuficiencia renal aguda a la discrasia sanguínea.

14) La profilaxis de las complicaciones cardiovasculares, tan frecuentes en el período de desencadenamiento de la diuresis, se podrá efectuar en parte si se evita el exceso de rehidratación.

15) Toda anuria desencadenada en el ciclo grávido puerperal, deberá ser tratada en un centro especializado, siendo competencia del tocólogo colaborar con el equipo del mismo servicio.

16) Para la aplicación del riñón artificial es indispensable un equipo muy experimentado, dotado de medios biológicos rápidos y seguros, de forma que permitan una continua vigilancia del equilibrio hídrico, electrolítico y circulatorio.

17) En virtud, no sólo de los conocimientos más perfectos del tratamiento de los diversos factores obstétricos que puedan desencadenar la insuficiencia renal aguda, como también del rigor de los medios de laboratorio, de la dieta, del empleo de los antibióticos, de la exanguino-transfusión y de los procesos de diálisis, muy principalmente del riñón artificial, la anuria por insuficiencia renal aguda en el ciclo grávido puerperal, aunque muy grave, no constituye actualmente, como Rathery afirmaba hace años, la situación más angustiosa que puede surgir al tocólogo. — J. RIVERA.

OTTURI, J. M. — «TUMORES FEMINIZANTES DEL OVARIO.» *«La Semana Médica. Cátedra de postgraduados», págs. 347-350, tomo 115 (apéndice), núm. 15, agosto, 1959.*

EL autor define y hace historia de estos tumores. Cita su origen aún no aclarado y dice que persiste la incógnita del porqué del desarrollo blastomatoso.

Se ocupa ampliamente de la antamía patológica e histología. Dice que un tercio no tienen actividad hormonal.

Referente a la clínica dice que, aunque se observan en todas las edades, aparecen con mayor frecuencia después de la menopausia. Los efectos más dramáticos se observan en la prepubertad, regresando toda la sintomatología después de extirpar el tumor. Insiste en el diagnóstico diferencial. Síntoma dominante en la mujer adulta y en la postmenopausia es la metrorragia.

Seguidamente se ocupa de la evolución y pronóstico. El tratamiento ha de ser quirúrgico, teniendo en cuenta la edad, salvo en casos de recidiva o bilateralidad, en que debe hacerse anexohisterectomía total. La röntgenoterapia sólo es de alguna utilidad en recidivas inoperables. — J. RIVERA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960
CONGRESOS Y ACADEMIAS

EL VI CONGRESO NACIONAL DE NEUROPSIQUIATRÍA

Barcelona, abril de 1960

PREVIA la *I Reunión Nacional de Expertos de la Salud Mental*, que tuvo lugar los días 25 y 26 de abril, presidida por los profesores P. Sivadón y R. Sarró, se desarrolló en Barcelona, durante los días 27, 28, 29 y 30 del mismo mes, dicho *VI Congreso* que, a partir de nuestra guerra civil, patrocina la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

Ambas Asambleas fueron muy interesantes, abordándose en la primera veintitrés temas de higiene mental, discutidos ampliamente por los numerosos neuropsiquiatras, psicólogos y enfermeras visitadoras asistentes, como cúspide de las actividades del Año Mundial de la Salud Mental, declarado oficial por el Gobierno español.

El tema central de discusión del Congreso Nacional de Neuropsiquiatría fue la *afectividad y sus trastornos*, siendo tratado por diversos ponentes y gran número de comunicantes, cuyas tareas abarcaron tres días, puesto que el último del Congreso se dedicó a un Simposium sobre estados depresivos y a una mesa redonda sobre la terapéutica de los mismos, presidida por el doctor R. Kuhn, de Munsterlingen (Suiza), el iniciador del tofranil en el tratamiento de las depresiones, cuyo trabajo princeps oímos los que asistimos al Congreso Internacional de Psiquiatría celebrado en Zurich, en 1957; Sarró (Presidente del Congreso), López Ibor, Alberca y Pedro Pons dieron sendas conferencias en este día.

En la imposibilidad de dar una nota detallada de las múltiples facetas de las tres reuniones celebradas en la última semana de abril de 1960 en nuestra ciudad destaquemos las diez más sobresalientes de las mismas, que a nuestro parecer fue lo siguiente:

Con respecto a la Salud Mental, se dieron a conocer las normas mundiales de las inquietudes modernas preconizadas por la O. M. S., siendo de resaltar la tendencia a la asistencia psiquiátrica en sanatorios reducidos y por equipos psicosociales en contacto continuo con el enfermo psíquico, tanto extra como intrafrenocomialmente; en vistas a la inminentes aplicación de la asistencia psiquiátrica al Seguro Español de Enfermedad, hubo una reunión al margen del Congreso para precisar normas con respecto a tan importante cuestión de la neuropsiquiatría social española, nombrándose una comisión que está en todo momento en contacto con las altas jerarquías de la Seguridad Social de nuestro país.

De las ponencias del Congreso, muy bien organizado, es de resaltar las de J. R. Delgado, español becario de U. S. A. que trató de las bases neurofisiológicas de la afectividad, con una película muy demostrativa de sus originales y pacientes estimulaciones eléctricas cerebrales, de tanta importancia para el estudio de la conducta humana, con el método comparativo de la experimentación en animales. Dicho colega no pudo desplazarse a Barcelona, por lo que no hubo discusión de su ponencia, que sin duda hubiese sido una de las tareas más estimulantes del Congreso. Por su originalidad, merece también destacarse la ponencia de Rof Carballo, de Madrid, que versó (con Ledesma, de Salamanca) sobre neuropatología y endocrinología de la afectividad. Es de resaltar la importancia que Rof concedió a la hasta ahora menospreciada neuroglia en el funcionamiento cerebral, a la que tanta atención concedió la Escuela Española de Neurohistología de Cajal, conforme corroboramos con nuestra discusión a tal ponencia. Los demás ponentes (Sarró Martín, Gutiérrez Gómez y L. Morales, Poveda y Lerma, Rallo, Parellada y Cabaleiro Goas, Albert y Granados) cumplieron bien su misión de poner a discusión las facetas experimentales, psicopatológicas, psicoanalíticas, clínicas, terapéuticas y médico-legales de la afectividad.

A subrayar también una conferencia extraordinaria del profesor M. Critchley, de Londres sobre la afasia, y una comunicación, de G. R. Lafora, sobre el origen vascular de las demencias preseniles y seniles, muy documentada y demostrativa.

Se acordó que el próximo Congreso Nacional de Neuropsiquiatría tenga lugar dentro de dos años, en Pamplona, presidido por Soto Yarritu, que es a la vez presidente actual de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; el tema del Congreso será elegido por una comisión especial, así como los ponentes del mismo. — SOLÉ SAGARRA.

IV REUNIÓN DEL CAPÍTULO CANARIO DEL «AMERICAN COLLEGE OF PHISICYANS» EN ARRECIFE, LANZAROTE

Arrecife, 3-4 junio 1960

En la ciudad de Arrecife tuvo lugar, durante los días 3 y 4 del mes de junio, esta Reunión, bajo la presidente del «gobernor» del Capítulo, doctor T. Cerviá. Asistieron los «fellows» del archipiélago doctores Del Arco Montesino, M. García González, E. González González, R. Navarro, F. Pérez y Pérez, José Pérez y Pérez y C. Rodríguez Gavilanes, más, a título de invitados, el doctor Rodríguez Ojeda y la mayoría de los médicos de Lanzarote.

En un salón del Excmo. Cabildo Insular tuvo lugar, en la tarde del día 3, la sesión inaugural, con la asistencia del delegado del Gobierno en la isla, el presidente del Cabildo insular, el alcalde de la ciudad, el consejero insular de Beneficencia, el gobernador militar y numerosos médicos, entre ellos los doctores De Paiz, Perdomo, Molina, Lamamié de Clairac, Barreto, Gil, Seijas, Pereira, Del Nero, etc., y otras personas.

Se inició el acto con unas palabras de salutación y bienvenida pronunciadas por el consejero inspector de Beneficencia, don Domingo González Robayna, las que fueron contestadas, en nombre de los visitantes, por el doctor T. Cerviá. Seguidamente se leyó por el doctor E. González la ponencia sobre «Cardiopatías congénitas», de que es autor el «fellow» ausente doctor A. Méndez de Lugo, con numerosas proyecciones. Esta ponencia no pudo ser discutida por la ausencia de su autor. Luego, el doctor R. Navarro proyectó la película en colores sobre la «Intervención de la estenosis mitral reumática», operación sobre la que tiene extensa experiencia, y el doctor F. Pérez Pérez proyectó otras dos películas, ambas en colores, acerca de la «Extirpación de un tumor benigno del mediastino» y «La decorticación pleuropulmonar».

Por la noche del mismo día, y en el «hall» del Parador Nacional de Turismo, tuvo lugar una *mesa redonda* sobre «Tratamiento de la crisis aguda de asma bronquial», la cual se desarrolló animadamente. Fue regulada por el doctor J. Pérez Pérez, y en ella tomaron parte activa, no sólo los visitantes, sino numerosos médicos de Lanzarote, que expusieron allí su experiencia y sus inquietudes.

En la mañana del día siguiente, en el salón del Cabildo insular, tuvo lugar la lectura de comunicaciones libres anunciadas, que fueron las siguientes:

Doctor C. R. Gavilanes: «Acción de la tintura de la callianasa isabelina sobre el corazón de los mamíferos»; doctor M. García González: «Complejo primario con enfisema»; doctor P. M. del Arco Montesino: «Cardiopatía congénita cianótica»; doctor T. Cerviá: «Miliar ulcerada con enfisema gigante», y doctor E. González: «Primeras manifestaciones eléctricas del infarto de miocardio».

Todas las comunicaciones fueron ilustradas con proyecciones y radiografías, y en su mayoría fueron discutidas por los presentes. Finalizado esto, se clausuró la Reunión, no sin haber acordado antes hacer la próxima para el mes de noviembre, en Puerto de la Cruz (Tenerife), con el siguiente programa: Ponencia: «Enfermedades respiratorias profesionales». Mesa redonda: «Tratamiento del infarto agudo de miocardio». Comunicaciones libres.

Durante la estancia de los miembros del «College» en Arrecife, fueron agasajados con una excursión al interior de la interesante isla, y un vino de honor que tuvo lugar en el Parador Nacional. También hicieron una visita al Hospital Insular, y fueron objeto de otras diferentes atenciones, marchando muy complacidos.

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA CLÍNICA

Madrid, 13-17 de junio de 1960

Durante los días 13 al 17 del pasado mes de junio, tuvo lugar en Madrid, y en los edificios de la Ciudad Universitaria, el *IV Congreso Internacional de Patología Clínica*, organizado por la Asociación Española de Médicos Especialistas de Análisis Clínicos, que forma parte de la Sociedad Internacional de Patología Clínica, y con el apoyo económico del C. I. O. M. S.

El que la Asociación de Médicos Analistas recibiera el encargo de organizar en España este Congreso, señala la confianza que los organismos internacionales tienen, tanto en el aspecto científico como en el profesional, en dicha Asociación, que con este motivo ve incrementada su indiscutible autoridad en una rama tan importante de la Medicina actual.

El interés despertado por este Congreso, lo demuestra el número y calidad de los participantes pertenecientes a treinta y dos países distintos y cuyas banderas ponían una nota de alegría ondeando bajo el espléndido cielo madrileño.

El Congreso estudió los siguientes temas generales: 1.º «Recientes avances en Inmunohematología»; 2.º «Los enzimas en el diagnóstico en el Laboratorio»; 3.º «El cultivo de tejidos en el diagnóstico bacteriológico, virásico y parasitario»; 4.º «Valoración de hormonas y su aplicación al diagnóstico»; 5.º «Diagnóstico diferencial en el enfermo ictérico», y 6.º «La biopsia de órganos en el diagnóstico clínico». Todos estos temas fueron extensamente tratados en sesiones especiales, en las que se leyeron interesantísimas ponencias encargadas a las más altas autoridades, tanto nacionales como extranjeras, en estas materias. Todas ellas fueron seguidas de interesantes y animadas discusiones, que contribuirán a unificar conceptos y técnicas dada la confusión que siempre existe cuando se desarrolla rápida y extensamente una rama del saber médico.

En cuatro salas de la Facultad de Estomatología se leyeron, mañana y tarde, interesantes comunicaciones sobre los distintos aspectos de esta especialidad, esto es: Bacteriología y Serología; Parasitología, Virología y Micología; Hematología y Anatomía Patológica; Bioquímica, Biofísica y Metabolismo; y por último, y por considerarla muy afín a nuestros métodos de trabajo, una sección fue dedicada al estudio de los análisis médico-legales, toxicológicos y en las enfermedades profesionales.

Se trabajó intensamente desde la sesión de apertura, que fue presidida por el Director General de Sanidad doctor García Orcoyen, del Decano de la Facultad de Medicina doctor Velázquez, del Presidente de Honor y Vicepresidente de la Sociedad Internacional doctores Dyke y Sanctis-Monaldi, y de los doctores Utrilla, Luengo y Aparicio, como Presidente, Vicepresidente y Secretario del Congreso. La sesión de clausura fue presidida por el Excmo. Sr. Ministro de Educación Nacional, que quiso realzar con su presencia la importancia nacional de esta reunión.

Aparte de las muchas consecuencias científicas de este Congreso, podemos señalar una inmediata y que se refiere, por un lado, a la importancia y complejidad dentro del diagnóstico del laboratorio clínico, y por otro, a la significación eminentemente médica de esta especialidad, ya que un laboratorio sin un médico al frente puede compararse, desde el punto de vista médico, como una máquina que, por muy bien construída que esté, carece de cerebro director. El médico analista no sólo debe estar al tanto de los últimos métodos de diagnóstico, sino que debe, en todo momento, estar capacitado para, en colaboración con el médico general, interpretar un resultado o marcar una pauta diagnóstica dentro de las posibilidades analíticas.

Terminado el Congreso, se reunió la Asociación de Médicos Especialistas de Análisis Clínicos, en Junta General ordinaria, debatiéndose importantes asuntos profesionales y reeligiéndose, por unanimidad, al doctor Utrilla com Presidente de esta Asociación.

Dr. Vicente Peg Juarrero

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS. ASOCIACIÓN DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA. BARCELONA

Sesión del día 3 de febrero de 1960

SOLÉ SAGARRA, J. — «Sobre el delirio sensitivo-paranoide.»

Ya decíamos en el prólogo del libro que recientemente hemos traducido de E. Kretschmer, sobre el tema que nos ocupa («Delirio sensitivo-paranoide», Ed. Labor, 1959), que para nosotros es indudable la existencia de tal síndrome en nuestro país, si bien creemos es más raro que en Alemania, en donde tampoco se caracteriza por su frecuencia. El ser nuestro pueblo, como buen latino, menos introspectivo en general que el alemán, puede ser una de las explicaciones de tal menor frecuencia. En todo caso, las reacciones ambientales son muy diferentes entre un pueblo germano y uno latino, y en un síndrome tan delicadamente anclado en la intimidad y con rasgos de finura psicológica como el que nos ocupa, por fuerza se han de acusar sobremanera divergencias raciales y sociales en su presentación. Pero los complejos de culpabilidad y los caracteres sensi-

tivos, son universales; por lo que las respuestas paranoides que tales radicales comportan, base clínica del delirio sensitivo-paranoide, es obligado existan por doquier.

No podemos entrar aquí en pormenores caracterológicos y psicológicos del síndrome que nos ocupa, los cuales el lector interesado en ellos encontrará extensa y magistralmente tratados en el libro antes citado. Digamos tan sólo que ha sido la revisión moderna de la teoría clínica de la paranoia, con su fundamental problemática psicogénica, la que ha hecho surgir el síndrome sensitivo-paranoide como uno más de los grados intermedios posibles de interacción psicológica-procesal entre las afecciones delirantes paranoicas clásicas y las esquizofrénicas propiamente dichas, especialmente del grupo parafrénico.

El *sensitive Beziehungswahn* de Kretschmer lo hemos traducido por delirio sensitivo-paranoide y no por delirio de relación, de influencia o de autorreferencia, como muy bien podría hacerse, por dos motivos: primero, por permanecer fieles a la traducción clásica entre nosotros y no sembrar más confusiones en la heteróclita cuando no caótica taxonomía psiquiátrica; segundo, porque, dada la estructura dinámica del síndrome que estudiamos y los diferentes tipos de reacciones, tanto sensitivas como paranoides, que pueden darse en los cuadros limítrofes entre la paranoia y la esquizofrenia, tenemos la impresión de que con el nombre de delirio sensitivo-paranoide delimitamos un cuadro clínico cerrado, concreto, que surge de la tensión de conflictos ético-sexuales, susceptibles de un tratamiento psicoterápico. Las características etiológicas esenciales de este tipo reactivo paranoide pueden resumirse así: 1) tara hereditaria grave; 2) constitución patogénica caracterizada por su agotabilidad; 3) existencia de causas psicológicas; 4) disposición endógena (caracterológica) sensitiva; 5) acción vivencial basada en el mecanismo de contención e inversión consecutiva, y 6) acciones ambientales desencadenantes. O sea, que el delirio sensitivo-paranoide se produce por la acumulación de bases caracterológicas, situaciones vitales y constelaciones sociales típicas. De ahí los delirios especiales de las solteronas, de los masturbadores y de otras personas con sendos conflictos erótico-afectivos, que constituyen el núcleo nosológico de la entidad clínica que comentamos.

Como final, se aportan las historias clínicas de un joven soltero de 18 años y de una señorita también soltera, de 32 años, en los que cabe respectivamente el diagnóstico de delirio de los masturbadores y delirio erótico de referencia de las solteronas, modalidades ambas, o sea, subgrupos del más amplio concepto de delirio sensitivo-paranoide. Se discute el diagnóstico diferencial en ambos casos, cuyas dudas principales están en su difícil diferenciación precisa de las formas atenuadas de esquizofrenia paranoide. Sólo un largo período de observación puede aclarar tales dudas diagnósticas. Sin embargo, es importantísimo siempre intentar un diagnóstico precoz, aunque sea incierto, de delirio sensitivo-paranoide, teniendo en cuenta sus relativamente buenas perspectivas psicoterápicas.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA. BARCELONA.

Reuniones del Cuerpo Facultativo

Sesión del día 8 de abril de 1960

TORRES DE GASSÓ, J. M.ª.—«Resultados funcionales en sorderas de tipo coclear y en vertiginosos, con la sección de la cuerda del tímpano.»

Las indicaciones formales de las timpanoplastias y de la cirugía funcional en la otoesclerosis han sido bien precisadas en multitud de publicaciones (Lempert, Shambaug, Rosen, Antolí Candela, García Ibáñez, Poch, etc.); pero no así otras intervenciones ótica como la sección de la cuerda de tímpano, en las cuales las indicaciones y los resultados son contradictorios.

Por estas razones, procedimos a operar un lote de quince enfermos, en los cuales había una indicación por sordera de tipo coclear o vértigos laberínticos, animados por los éxitos iniciales en los dos primeros casos operados, vertiginosos, que mejoraron de sus vértigos. Sin embargo, al querer sistematizarla a los síndromes menieriformes, no dio los resultados de los dos primeros casos, pero, en cambio, hubo en todos ellos un hallazgo audiométrico no descrito, y es que mejoraron en la inteligibilidad de la palabra. Como se sabe, en los vertiginosos y en la sordera coclear, hay «recruitment» y, por tanto, una distorsión perceptiva que hace ininteligible la palabra. Las pruebas audiométricas de inteligibilidad de la palabra se mostraron mucho mejores después de haber sido intervenidos, por lo que prácticamente, aun cuando la audición permaneció inmodificada en la mayoría de los casos (en un 40 por ciento mejoró la vía ósea), los pacientes se mostraron agradecidos a la intervención, pues afirmaban que oían mejor, al oír más claro.

Dado que la terapéutica quirúrgica en los vertiginosos, en manos de los neurocirujanos es la sección del VIII par, y en la de los otólogos es cauterización laberíntica, ambas mutilantes para la audición, y siendo la sección de la cuerda del tímpano una intervención casi banal, poco traumatizante, estamos, pues, según nuestro criterio, autorizados para realizarla, ya que mejoramos su inteligibilidad y, por ende, la audición práctica.

Se describe la técnica empleada y se hace una suposición etiopatogénica de por qué mejoran estos enfermos.

CANTENYS CERVERA, J.—«Aspecto radiológico del prolapso de la mucosa gástrica, píloro-duodenal.»

Diferentes causas se han invocado en la formación de estos prolapsos: el edema de la submucosa, la gastritis del antro, aumento de la actividad peristáltica, etc.

Tres grandes grupos de prolapsos se derivan de su estudio y confrontación anatomo-radiológica: los prolapsos mucofibrosos y fibromucosos y un tercer grupo en los que prolapsa la musculatura pilórica.

Los signos radiológicos son los mismos para los tres grupos: defecto de repleción en base de bulbo en forma de paracaídas, coliflor o en B mayúscula horizontal. Límites de la cabeza duodenal normales, con peristaltismo que hace contraer el bulbo duodenal totalmente. Ausencia de deformación espasmódica del tipo incisura o muesca, siempre en el caso de que no exista una úlcera duodenal asociada.

Los mucosos puros son radiológicamente inestables y pueden visualizarse en una exploración y desaparecer en la siguiente. Los otros dos grupos son radiológicamente persistentes. Las radiografías seriadas y la cinerradiografía son las técnicas ideales para su exploración, ya que a veces son imágenes muy fugaces, y también porque muchas veces son de difícil visualización.

SAVAL VIDAL, F.—«Nota previa sobre la acción de extractos hipofisarios humanos en el crecimiento.»

Es indudable la importancia que tiene la talla, tanto desde el punto de vista psicológico como sociológico. Es quizá debido a este motivo que, a pesar de que no se trata de un asunto de importancia vital, viene atrayendo la atención de los investigadores.

Aunque muchos aspectos del crecimiento siguen siendo un misterio, podemos decir que es el resultado de dos factores: el hipofisario predeterminado ya por los cromosomas (raza, familia) y la capacidad de respuesta del factor periférico. Creemos que no se puede menospreciar la acción de la hipófisis como hacen algunos; nosotros seguimos creyendo en su importancia, aunque pueda estar subordinada a un estrato superior diencefálico.

Para subsanar el déficit secretorio del STH en los casos de retraso de crecimiento se han empleado extractos procedentes de animales, con todos los inconvenientes que comporta la inyección de sustancias bacterólogas. Es mejor emplear extractos procedentes de hipófisis humanas, que son más específicos. Las técnicas conocidas para la obtención de estos extractos son contradictorias. Nosotros, desde hace un año, empleamos la del doctor Valls Conforto.

Cuando esto no es posible, pueden utilizarse extractos de orina de embarazada, la cual contiene, además de metabolitos, hormonas hipofisarias, estrógenos, gestágenos, andrógenos y otras hormonas, procedentes de la placenta, que es una glándula de secreción interna bastante autónoma. Aconsejamos a los laboratorios que empleen orina de mujer embarazada, en lugar de la de yegua preñada. También se puede emplear orina de niños que crecen muy deprisa.

Reconocemos que todo esto es muy empírico, tanto como lo era la propia endocrinología hasta hace muy poco tiempo. La orientación actual se basa mucho más en el laboratorio con la determinación de enzimas, cromatografía en papel, electrofotometría y experimentación con isótopos. Se trata de una evolución técnica que se efectúa tan aceleradamente que bien pued calificarse de revolucionaria, y hasta tal punto es así, que hay quien sustenta la idea de que todo cuanto se refiere a la endocrinología debiera ubicarse en el laboratorio.

SUBIRANA, A.; MASÓ-SUBIRANA, E., y HERNÁNDEZ, A.—«Mielopatías y discartrosis cervicales.»

Los autores, basándose en su casuística personal, abordan el problema diagnóstico de las mielopatías consecutivas a discartrosis cervicales, haciendo hincapié en las dificultades que comporta establecer una relación de

causa a efecto entre los trastornos medulares y la espondilosis cervical, ya que el aspecto radiológico de una tal alteración es objetivable en el 75 por ciento de individuos de más de 50 años (Kuhlendahl y Kunert) y en el 95 por ciento de los que pasan de 70 años. Un primer criterio de presunción nos ofrecerá la presencia de síntomas radiculares, y a este propósito hacen notar que en algunas ocasiones no es tarea fácil el diferenciar el origen radicular o celular de una atrofia muscular localizada y hay que ahondar en criterios clínicos y electromiográficos. Otro criterio nos lo ofrecerá el estudio de la dinámica del líquido cefalorraquídeo y la mielografía.

De un modo especial estudian los casos en que los trastornos han comenzado por los miembros inferiores, así como aquellos otros cuya discopatía cervical baja se ha manifestado, en primer lugar, por trastornos medulares dependientes de la afectación de segmentos medulares situados más arriba.

La patogenia de estas aparentes paradojas es explicada por los autores. En lo concerniente al diagnóstico diferencial con otras mielopatías, se ocupan particularmente de los casos de pseudo-esclerosis lateral amiotrófica.

Terminan exponiendo los resultados de las terapéuticas médica, quirúrgica y física.

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, M. — «ESPIROMETRÍA EN LA ESTENOSIS MITRAL.»

POR haber entrado la estenosis mitral en el grupo de cardiopatías que son susceptibles de eficaz tratamiento quirúrgico, conviene apurar su estudio por cuantos medios sean practicables, con el fin de precisar el diagnóstico anatómico y funcional.

Medios de exploración intracardíaca (sondaje, angiocardiografía, manometría por punción, etc.), pueden ser necesarios en algunos, muy contados, casos límites o dudosos; pero de ordinario es suficiente la clínica y sus habituales medios auxiliares sencillos e innocuos, como la radioscopia, la electrocardiografía, fonocardiografía, balistocardiografía, etc.

Entre ellas está la espirometría, que puede facilitar interesantísimos datos en cuanto al cooncimiento del componente respiratorio y del componente cardíaco en el mecanismo de la disnea de un caso determinado.

La espirometría simple, al facilitar noticias sobre los volúmenes cardíacos y, sobre todo, del consumo de oxígeno en atmósfera de aire y superoxigenado, y ello tanto en reposo como durante el esfuerzo (aumento de coeficiente de consumo de oxígeno, etc.), es una exploración sencilla, innocua, no sangrante, que permite la apreciación de las circunstancias clínicas de estenótico mitral.

IMPRESIONES DE UNAS BODAS DE PLATA

(1935-1960)

Esclavos de la tradición, en el calendario de nuestra vida existía una fecha que logramos remontar: conmemoración de las bodas de plata profesionales.

Los que gozan del privlegio de ejercer sus actividades médicas en la Inmortal Zaragoza, a la vera se cuya Facultad nos iniciaron en el difícil arte de curar, sirvieron de aglutinante para reunirnos y trazar un programa de festejos. Con exactitud matemática se cumplieron todos, resultando imposibles de superar, y podemos testimoniar que hasta el luculista más exigente se hubiera mostrado absorto con aquellos banquetes, el artista de fina sensibilidad complacido con la gira por joyeros y museos, a la par que el amante del folklore satisfecho por el festival jotero otorgado. Se impone, por lo tanto, airear públicamente los nombres de quienes formaron la comisión organizadora y actuaron de directores protocolarios: Gil Buenacasa, complaciente, pero enérgico y hasta con ribetes dictatoriales; Herraiz Remacha, flexible, extravertido y cordial; López de Zuazo, atentísimo, gentil y diplomático.

Por encima de los actos oficiales vibró nuestro espíritu por los recuerdos del pasado, degustando el placer de la conversación con aquellos amigos y compañeros, cuyos rasgos temperamentales y carácter apenas si modificaron los años, aun cuando acusaban la impronta de cinco lustros sus cuerpos y rostros. A veces hubo de recurrirse al rememorar de apellidos, no de semblantes, sin estilarse los apretones de manos, sino los abrazos fuertes, los del alma, los arraigados muy adentro.

La psicología de la figura dimanaba felicidad, quizá porque si los caminos de la vida tuvieron baches, tropiezos y recovecos, a los veinticinco años de navegar por el proceloso mar de la Medicina aparecían horizontes de perspectivas halagüeñas. Por doquier se recordaba a los ausentes, deplorando a las víctimas de las inexorables Parcas, lamentando a los que el azar del destino alejó tanto que resultara costoso el desplazamiento, o quién sabe si la adversa fortuna dificultó el disfrute de aquellos días conmemorativos, que deben impulsar a meditar sobre conveniencia de cierta ayuda.

Gocé con fruición escuchando al colega, catedrático y maestro, que en breves minutos me explicaba la evolución de sus disciplinas anatómicas, sobre las que yo tenía el concepto equivocado de su morfología estática. Escuché extasiado —y no sé si le dejé comer, con mis constantes preguntas— al condiscípulo catedrático, refiriéndome sus investigaciones de altos vuelos, atesorando luego trabajos que me cedió para estudiarlos e intentar colocarme en posición de comprenderle en el futuro. Disfruté codeándome con el otólogo famoso, con los cirujanos de hábiles manos, con el ginecólogo experto, con el psiquíatra perspicaz, con el analista distinguido, con el clínico de renombre, con el encumbrado médico de empresa... con el heroico médico titular. Un grato sentimiento embargó mi ánimo al palpar sus triunfos y mi espíritu recibió el espolonazo de la necesidad del crear, del esfuerzo constante, del sacrificio si menester fuere, para ser digno de aquella pléyade de ilustres galenos, en ansias de contraer méritos para dar lustre y esplendor a aquella promoción zaragozana del año 1935.

Sentí escalofrío emotivo al sentarme en los bancos o graderíos de antaño, escuchando al maestro de entonces y de ahora, volviendo a formar parte del alma colectiva de sus alumnos, que con veinticinco años más justiprecian mejor sus enseñanzas y las deudas contraídas con él y con sus coprofesores. Una vez más, en virtud de la magia y clara dicción de sus palabras, brotando si no de cuerpo fuerte sí de espíritu viril, prototipo de varonía, logró grabar en nuestro intelecto futuras trayectorias vitales y enardecer la grata llama del recuerdo al actuar como mensajero de tiempos pasados.

Al caminar por pasillos y bordear aulas de la Facultad, afloraron con fuerza y nitidez al consciente, escenas vividas con maestros fallecidos, recordando al dilecto que dicta sus lecciones en otra Universidad. Rememoré con dolor al que el cruel huracán del destino azotó sin piedad y al que añora la Patria, enalteciéndola, no sinónimo de servir a determinada política.



GRUPO DE MÉDICOS Y FAMILIARES, PERTENECIENTES A LA PROMOCIÓN DEL AÑO 1935 DE ESTA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA

Por último, tuve el placer de conocer a muchas damas distnguidas, consortes (palabra poco halagüeña, dada la dura vida médica, pues significa «con la misma suerte») de mis condiscípulos, supe la tragedia de quien la perdió en aras de la maternidad, vi asomar lágrimas... Contemplé cómo resaltaba entre tanta belleza madura, la de Aurorita, nuestra única condiscípula superviviente, cuya vocación médica debió servir de imán para unir su destino a distinguido colega, y sumé mis aplausos a la proposición de pronta nueva reunión.

Dr. Luis del Campo.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 412 - TOMO LXX
JULIO 1960
SECCIÓN VARIA

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.—SEMINARIO DE HISTORIA DE LA MEDICINA
(Director: Prof. LUIS S. GRANJEL)

LA OBRA DE JOSÉ PRADILLO

POR EL

DR. RAFAEL SANCHO DE SAN ROMÁN

SALAMANCA

I

Va dedicado este breve trabajo a rememorar una obra quirúrgica aparecida en España, en la primera mitad del *setecientos*; es su autor José Pradillo: estudiante de Alcalá, discípulo de Manuel de Porras, era a la sazón cirujano de la Real Familia y de la casa del Noviciado de la Compañía de Jesús de la provincia de Toledo; miembro, además, de la regia Sociedad Medico-Chymica de Sevilla. Esta su única obra, adelantamos, se encuentra íntimamente ligada a la polémica que suscitaron los escritos de Antonio Monravá y Roca [1].

Poco se ocupan de nuestro autor los dos grandes historiadores de nuestra Medicina [2]; poco, y desfavorablemente. Así, Chinchilla dice: «Si bien es cierto que Pradillo critica con sólidas razones algunos desaciertos del doctor Monravá y Roca, no lo es menos que su crítica es mordaz y bastante acrimoniosa... Opino que esta obrita habría llenado mejor su objeto si hubiera tratado a su rival con más decoro» [3]. Morejón, por su parte, es aún más explícito: «Se muestra poseído del más innoble rencor hacia él, tratándole con la mayor acritud y virulencia y apellidándole con los dicterios más feos y ofensivos; en una palabra, todo su escrito está salpicado de insultos y recriminaciones, indignas de un profesor prudente y pundonoroso» [4]. Estos juicios, emitidos en una época en que abundaban las violentas controversias, ya es índice del exagerado grado de acritud a que llegaron los escritos de Pradillo.

La citada obra de Pradillo lleva por título *Cirugía Triunfante Demonstrativa*, y consta de dos volúmenes. El primero de ellos, editado en Madrid, año de 1728, por Francisco del Hierro, se inicia con dos *Dedicatorias*: una, burlesca, a Monravá, y otra a la Real Sociedad de Sevilla, en que ya se manifiesta claramente el carácter polemista que ha de tener el escrito; siguen varias *Licencias* y *Aprobaciones* —que, por lo general, insisten en los errores monravanos—, *Fée de Erratas*, *Suma de la Tassa*, y un *Prólogo*, trozo verdaderamente desgraciado, plagado de insultos

1 Cfr.: José F. Prieto Aguirre: *La obra quirúrgica de Antonio Monravá y Roca* (en prensa).
2 Anastasio Chinchilla: *Historia de la Medicina española*, III, p. 131, Valencia, 1846. Antonio Hernández Morejón: *Historia bibliográfica de la Medicina española*, VII, pp. 27-28, Madrid, 1852.
3 *Op. cit.*, III, p. 131.
4 *Op. cit.*, VII, p. 28.

y furiosas invectivas, tanto en prosa como en verso. En él, Pradillo explaya suficientemente su intención de desagraviar a los «autores clásicos», antiguos y modernos, así como a las Universidades de Coimbra, Barcelona y Salamanca, unos y otras objeto de crítica por Monravá. Lo hará en colaboración con Joseph Vallejo, Francisco Santos y Antonio Berlanga, siendo toda la obra una conversación mantenida por estos cuatro cirujanos, los que, según propio testimonio, han sido a este efecto comisionados por otros doce colegas. El contexto, propiamente dicho, de este primer volumen consta de dos *Tratados*: el primero, pura polémica, se compone de un *Proemio* y siete artículos; el segundo, ocupado en cuestiones anatómicas, comprende, por su parte, diez artículos. En total, 304 páginas, precedidas de 16 folios sin numerar.

El segundo volumen, publicado también en Madrid, lleva fecha de 1729 [5]. La *Tassa* y *Licencias* son las mismas de la *Primera Parte*, y su *Dedicatoria* y *Prólogo*, de idéntico cuño virulento y burlesco. De contenido propiamente quirúrgico, va dividido en otros dos *Tratados*: el primero, que se ocupa de *Apostemas*, consta de un *Proemio* y catorce artículos; el segundo, sobre *Ulceras*, también va articulado en catorce partes, precedidas de una introducción; concluye con la discusión de tres casos clínicos, en los que, al parecer, anduvo errado Monravá. Todo en 345 páginas, con 8 folios al principio y 2 al final, sin numerar.

Por ciertos textos [6] sabemos que la intención del autor era publicar otras dos partes: una, dedicada a fracturas, heridas y dislocaciones; otra, a «operaciones quirúrgicas». Por razones que ignoramos, seguramente por no llevarse a cabo su publicación, estas dos últimas partes no son conocidas. Con esta omisión queda, pues, la obra sensiblemente incompleta.

Nuestra exposición, ajustándose bastante bien a la sistemática de Pradillo, va desglosada en cuatro apartados; el primero se ocupará de comentar los capítulos más propiamente polémicos; el segundo tratará de cuestiones anatómicas; los dos restantes, de problemas quirúrgicos; de apostemas, el tercero, y de úlceras, el cuarto.

II

En realidad, toda la obra de Pradillo es pura polémica, e incluso en los capítulos más propiamente «médicos», el espíritu de controversia ahoga los escasos atisbos científicos. Sin embargo, en algunos puntos de la obra, y singularmente en el *Tratado Primero* de la *Primera Parte* [7], las invectivas a Monravá y la defensa del hipocratismo se hacen más patentes o adquieren un particular y específico relieve; las reuniremos, pues, en este segundo apartado.

A poco que se lea la *Cirugía Triunfante*, adquiérese rápidamente la convicción de que la crítica a los escritos de Monravá, enormemente drástica, sobrepasa con frecuencia el terreno meramente científico y doctrinal, para recaer en la más burda y ofensiva alusión personal; defectos físicos, lugar de origen, episodios de su vida pretérita y actual, hijo y discípulos, son puestos en evidencia, y además, burlesca e indiscretamente censurados. La exposición de los temas anatómicos y quirúrgicos se lleva a cabo haciendo un sistemático cotejo de los textos monravanos, por una parte, y de Porras, Martínez y Ribera, por otra, a fin de mostrar

5 En el *Prólogo* a esta *Segunda Parte* hay una curiosa referencia bibliográfica: justifica el retraso en la aparición de este volumen por la edición previa de ciertas obras de los PP. Villarroel y Verganza. Asimismo anuncia la inmediata impresión del «Tomo Tercero» del P. Feijoo.
6 *Primera Parte*: Tratado I, Proemio.
7 *Ibíd.*, pp. 1-133.

cómo son éstos superiores a aquéllos, insistiendo asimismo en que los escasos aciertos de Monravá carecen de toda originalidad, son vulgares plagios. Así, pues, desde los apelativos de «incapaz, necio, vano y embidioso» con que se le califica, a la más sutil disquisición patogénica, la literatura polémica se halla en todos sus grados. Objeto de especial crítica son ciertas «fórmulas» terapéuticas de Monravá, como el llamado «arcano moral», especie de «remedio universal», a aplicar en gran número de enfermedades, y el no menos célebre «mundinovo» o caja de los «cinco remedios» (óleo, cráneo y sal humanos, espíritu de sangre humana y «mumia» o síntesis de los otros cuatro); si bien es cierto que en este punto concreto la censura parece atinada y los «remedios» un desvarío científico de su autor, en otras ocasiones la crítica nos parece totalmente injusta; tal cuando burlescamente impugna el criterio intervencionista en los «cangros», como único eficaz, de Monravá.

Hemos de advertir que aunque la mayor parte de los dardos ofensivos nos parecen disparados al amparo de un falso clasicismo, es indudable que Pradillo se encuentra anclado y aferrado al hipocratismo, que adopta con carácter dogmático. Y así, aun cuando proclame con aparente escepticismo el primado de la «experiencia» sobre la «razón» [8], formula unas «advertencias» que son toda una confesión doctrinal: «el primero de los dogmas de la Medicina fue Hypócrates, pues escribió con agudeza, certeza y brevedad; sobre cuya seguridad se funda toda la máquina intelectual de ella» [9]; prosigue con una mención específica a Galeno y Avicena, y genérica para con los «clásicos» posteriores, concluyendo: «Luego podemos decir que será el mayor argumento de el acierto, seguir con la imitación a los Antiguos; porque el echarlos por el suelo es hypocresía de la sabiduría, que pretende publicar el Autor, que tal hace» [10]. Y más adelante: «supuesta la verdad desnuda en la boca de dichos Antiguos, se dice, que serán errores todas las novedades, que no confirmen sus verdaderos imitadores, que como cargados de experiencias lo miran sin pasión» [11]. Finalmente, y tras achacar a Monravá que su *Cirugía* «se funda en sofisterías de el discurso», insiste en la imposibilidad de adquirir la auténtica sabiduría, moviéndose al margen de la senda hipocrática: «Son dignos los Antiguos de alabanza, pues si no consumaron el saber, lo comenzaron, y con su fuerza descubrieron la firmeza de la Verdad... Admira que Monravá presuma ser sabio, negando los principios de los Antiguos, con que descubrieron la Verdad.» [12]

III

De cuestiones anatómicas se ocupa, casi con exclusividad, en el *Tratado Segundo* de la *Primera Parte* [13]. Las nociones expuestas serán las estrictamente necesarias al quehacer quirúrgico, y con este único fin de aplicación práctica se incluyen; además, según el autor, con las excelentes Anatomías de Porras, Martínez y Ribera, «tienen sobradissima luz los Cirujanos y Médicos».

A tenor de este concepto anatómico, netamente apegado a la clínica, es ya su definición de ciencia anatómica: «Es una parte de la Medicina, que enseña a separar manualmente las partes del cuerpo humano, para que con el conocimiento de la figura, sitio y oficio de cada una de ellas se puedan curar las enfermedades» [14]. Comprende cuatro partes: Osteología, Miología, Angeyología y Splanchnología. Su sistemática, algo confusa en este punto, parece dividir «las partes que componen el cuerpo humano» en dos grandes grupos: «Continentes» y «Contenidos».

Continentes.—Pueden ser «externos» e «internos». Son «externos»: la «cutícola», el «cuero» y la «gordura»; la «cutícula» es descrita como «una tela delgada, y transparente, que por la parte de afuera cubre a todo el cuero, carece de sentimiento, y defiende al órgano del tacto de las molestias exteriores» [15]; en cuanto al «cuero», es una «tela gruessa mui sensible que está debaxo de la cutícula; es principalmente el órgano de el tacto, y sirve de común tegumento a todo el cuerpo» [16]; posee, además, arterias, lymphaticos, glándulas pequeñísimas «que se llaman miliares» y sirve de «emunctorio universal del cuerpo». Los «continentes internos» son: «venas», «arterias» y «vasos lymphaticos»; en las «venas» distingue cuatro capas: «membranosa», «vascular», «glandulosa» y «anular»; en las «arterias», otras cuatro: «vascular», «glandulosa», «muscular» y «nerviosa». Tres arterias hay principales: la «trachea-arteria», la «arteria pulmonaria» y la «arteria grande» o «aorta».

Por su parte, los «contenidos» podrían ser: «sólidos» o «líquidos». Respecto a los primeros, su exposición se inicia por unas reflexiones polémicas con Monravá, quien, al parecer, negó ante Boix la existencia de cavidades renales; frente a esta teoría, el autor defiende ardorosamnte la existencia en el organismo de «túbulos» entre las «fibras», sin cuya aceptación sería imposible explicar la contractilidad y nutrición de éstas. Dentro de las citadas «partes sólidas» va describiendo: «sólidos óseos», cuyo conocimiento es imprescindible al algebrista; «sólidos musculosos», que serían «parte orgánica, instrumento de la función»; «sólidos membranosos», compuestos de «fibras entretexidas» y que recubren «todas las partes de nuestro cuerpo», adoptando diversos nombres, según su distinta localización (dura y pía mater, pleura, peritoneo, etc.); «sólidos nerviosos» y, finalmente, «sólidos tendinosos»; a propósito de estos últimos reflexiona sobre el diafragma, cuyas partes —musculosas, membranosas y tendinosas— delimita con precisión. Los «contenidos líquidos» o «humores» son tratados seguidamente, siendo su estudio precedido de unas breves consideraciones sobre «humedad» y «fluidez»; esta última condición es la que permite la circulación de los mismos: «no todo lo que es húmedo es flúido, y mal pudieran circular los humores si no fuessen flúidos» [17]. Ante el elevado número de humores propugnado por Monravá, y que indudablemente adolece de un excesivo criterio localista, Pradillo describe solamente seis: «chylo», «sangre», «lympha», «cólera», «ácido succo» y «succo nerveo». «A essos humores naturales los llamo —añade— universales, sin que a éstos puedan aumentarles el número los particulares, que serán tantos, quantos líquidos se registraren en partes determinadas.» [18] Pasando al estudio particularizado de los mismos, el *chylo* —nos dice— es «una sustancia blanca, engendrada en el estómago, de los alimentos, que sirve de materia para la generación de los humores» [19]. Por su parte, la «sangre» sería «un humor caliente, y húmedo, de sabor dulce, de color rubro, engendrado de la parte más perfecta del chylo, mediante los repetidos movimientos circulares, para calentar, y nutrir todas las partes de nuestro cuerpo» [20]. De la «cólera» habría dos clases: «hepática» y «cística». Prosigue la relación con

8 *Ibíd.*, art. V, pp. 61-76.
9 *Ibíd.*, art. IV, p. 53.
10 *Ibíd.*, art. IV, p. 53.
11 *Ibíd.*, art. IV, pp. 53-54.
12 *Ibíd.*, art. VI, p. 94.
13 *Ibíd.*, pp. 134-304. «De la admirable composición del cuerpo de el Hombre, objeto de la Cirugía, y Medicina».
14 *Ibíd.*, art. II, p. 182.
15 *Ibíd.*, art. IV, p. 219.
16 *Ibíd.*, art. IV, p. 220.
17 *Ibíd.*, art. VIII, pp. 272-73.
18 *Ibíd.*, art. VIII, pp. 273-74.
19 *Ibíd.*, art. VIII, pp. 274-75.
20 *Ibíd.*, art. VIII, p. 277.

el «ácido succo», denominado así «porque al gusto se percibe acedo blandamente»; más adelante afirmará que es «poderoso disolvente», para acabar puntualizando: «A ese humor ácido le llamo universal, porque le hai en varias partes de nuestro cuerpo, destinado para diversas funciones, términos o efectos... Según las partes en donde se descubre, le nombran con diversidad: en la boca le llaman humor salivoso; en el estómago, humor exurino; en el páncreas, humor pancreático, etc.» [21]. Como final, se incluyen breves consideraciones acerca de la «lympha» y el «succo nerveo»; este último es equiparado por el autor al «succo animal» de Monravá, «succo blanco» de «Doña Oliva» (Sabuco de Nantes) y los «espíritus animales» de Galeno y los «antiguos».

IV

Pradillo define la Cirugía como «aquella parte de la Medicina que enseña a curar las enfermedades del cuerpo del hombre, mediante las manuales operaciones» [22]; éstas se reducirán, a su juicio, «a separar y a unir», entendidos estos vocablos en su más genérico sentido. Habría que establecer, ya desde un principio, una distinción fundamental: «La Cirugia Theorica es la que da preceptos, para poder practicar las manuales operaciones; assi como la Práctica las exerce, según las reglas de la Theorica» [23].

Del estudio al por menor de las cuestiones propiamente quirúrgicas no se ocupa nuestro autor hasta la *Segunda Parte* de su obra. El número de interlocutores aquí aumenta; junto a los cuatro que tuvieron a su cargo la *Primera Parte*, vemos actuar ahora a casi todas las grandes autoridades «apolíneas», clásicas y modernas, así como el siempre impugnado Monravá. Y comenzando por los *Apostemas*, diremos que todo el *Tratado Primero* de esta *Segunda Parte* [24] va dedicado a estos afectos quirúrgicos. Lo preludian ciertas consideraciones generales [25], en las que establece tres tipos de alteraciones previas a la presentación de todo «apostema»: «mala complexión» (calor, humedad, etc.), «mala composición» («diformidad de la textura») y «solución de continuidad» (esta última no debe entenderse en el sentido de rotura, sino en el de distensión, separación, dislaceración de las partes). Sus múltiples variedades estarían determinadas por la localización, magnitud y características del líquido causante. El curso, fiel a las doctrinas galénicas, discurriría en los cuatro tiempos clásicos; su terminación: «transmutarse, resolverse, supurarse, endurecerse, corromperse, o mortificarse». En cuanto al pronóstico, se condiciona por el tamaño, localización y malignidad (del humor causante) del apostema, jugando asimismo una baza importante «las fuerzas del paciente». El problema terapéutico exigiría la actuación conjunta en dos frentes: por una parte, se hace precisa la evacuación de la «causa antecedente, a fin de «corregir las malas qualidades, que han impressionado la sangre» [26]; esto ha de llevarse a cabo, naturalmente, con los típicos «evacuantes» (sangrías, purgas, vomitorios, diuréticos, sudoríficos), y el encargado de este cometido, el médico, único que en todo caso podrá hacerlo [27]; la evacuación de la «causa conjunta» es, en cambio, tributaria

21 *Ibíd.*, art. VIII, p. 280.
22 *Primera Parte*, Tratado II, art. II, p. 181.
23 *Ibíd.*, art. II, p. 181.
24 *Ibíd.*, pp. 1-187.
25 *Ibíd.*, pp. 73-91. «Sobre lo que debe entenderse por apostema».
26 *Ibíd.*, art. I, p. 96.
27 *Ibíd.*, «Esso en derechura pertenece al Médico, que assí lo manda el Rey nuestro señor y los señores Protomédicos nos lo expresan en el título y licencia que nos dan para curar... Essa prohibición es a los Cirujanos Romancistas; porque a los Latinos se les da licencia en sus títulos para que puedan sangrar, y purgar, etc., en todos los casos de Cirugía.» (*Ibíd.*, art. I, p. 90.)

del cirujano, y se llevará a cabo por uno de ambos procedimientos: «resolución» o «supuración». Seguidamente va describiendo Pradillo cada una de las distintas formas de «apostema».

Es el «phlegmon» la primeramente citada: tras una breve mención a su patogenia —que hace responsable a la coagulación de la sangre motivada por un fermento ácido—, se adentra en el cuadro clínico, que estaría caracterizado por los signos clásicos de Celso, y además «por la pulsación, y por la tensión»; el dolor se aumenta «si está vecino a partes membranosas». Prosigue una clasificación del «apostema» en «simple» y «compuesto»; «erysipelatoso», «escyrrhoso» y «edematoso», así como unas consideraciones pronósticas y terapéuticas; sobre estas últimas, y a tenor de lo expuesto en líneas precedentes, tan sólo se ocupará de las medidas encaminadas a evacuar la «causa conjunta», por cuanto que la eliminación de la «antecedente», tributaria del médico, cae fuera de los límites de la obra y únicamente de forma marginal será tratada; lógicamente, esto ha de ser regla para todos los tipos restantes. Intimamente relacionado con el «phlegmon», del que procede por «supuración», el «absceso» es «una conversión en pus de la causa conjunta, que no se pudo resolver» [28]; la fluctuación, o la remisión sintomática (cuando el apostema ocupa estructuras profundas) constituyen el índice de su formación; la evacuación del material purulento se hará «por medio de algún cáustico», «con la lanceta» o «con cauterio». Habría asimismo que distinguir el absceso «proprio», que contiene «pus verdadero», del «impropio», «tumor sin dolor y sin mutación de color, que dentro de película o bolsa contiene una materia o pus imperfecto»; según cuál sea la estirpe de éste, cabría distinguir los tipos «stheatoma», «atheroma» y «melliceris» [29]. Finalmente se describe el «ganglión», especie de tumor con un contenido similar a la clara de huevo, y cuya descripción se basa en un caso operado por el propio Pradillo. Otra forma de «apostema» sería el «diviesso» o «forúnculo»: «tumor pequeño, y agudo, con dolor, con dureza, e inflamación, causado de sangre viscosa» [30]; para provocar la supuración y evacuación de su «causa conjunta», que es «la materia con la raíz, o cepadura», enumera varios tipos de ungüentos, singularmente la «cataplasma de malva-viscos de Vidós». El «carbunco», producido por un «ácido corroente», se subdivide en tres formas: «essencial», el cual «es verdadero morbo; porque inmediatamente procede de su causa, sin seguirse a otro morbo» [31]; «accidental, o symptomático, que sigue a las calenturas pestilentes» [32], y, finalmente, «carbunco crítico», que aparece «quando por terminación de una calentura pútrida maligna, arrojó naturaleza... la causa a qualquier parte exterior mole del cuerpo» [33].

El «aneurisma» es definido como «un tumor hecho de sangre arterial, por relaxación, o rotura de la arteria» [34]; sus causas «ocasionales» pueden ser externas como las de naturaleza traumática, e internas o «humor corrosivo»; su pronóstico, dependiente en todo caso del tamaño y localización, es particularmente grave si esta última es «en qualquier parte que, si la urgencia pidiesse mutilación de aquel miembro, no la permitiesse» [35]. La «gangrena» y «estiomeno» se diferencian entre sí porque en este último la mortificación se extiende no sólo a los tejidos blandos, «partes moles», como ocurre en las «gangrenas», sino también a los «huessos»

28 *Ibíd.*, art. III, p. 103.
29 *Ibíd.*, art. XIII, p. 172.
30 *Ibíd.*, art. IV, p. 109.
31 *Ibíd.*, art. V, p. 117.
32 *Ibíd.*, art. V, p. 117.
33 *Ibíd.*, art. V, pp. 117-18.
34 *Ibíd.*, art. VI, p. 124.
35 *Ibíd.*, art. VI, p. 127.

y otras «partes sólidas»; siguen las consabidas reflexiones semiológicas, pronósticas y terapéuticas; este último apartado ha de reducirse, bien se comprende, a la resección de la parte afectada; paliativamente, sajar la parte gangrenada, humedeciéndola con «espíritu de vino alcamphorado», evitando la progresión a la parte sana con «manteca de antimonio». La «erysipela» es originada por «sangre subtil, extravasada, y detenida en el cuero»; de ella existen múltiples y variadas formas: «exquisita», «compuesta», «edematosa», «escyrrhosa», «flegmonosa», etc. Sigue una somera descripción del «herpes», definido como «una inflamación cutánea, más o menos pustulosa, con llaga o sin ella» [36], y del que se distinguen dos formas: «benigna» y «maligna». Se adentra a continuación en el «edema» o «tumor blando, blanco, etc...., causado de phlegma»; varios tipos compuestos aparecen si la «phlegma» se mezcla con otro «humor»; y así, con «sangre», resulta la forma «phlegmonosa»; con «cólera», la «erysipelatosa»; con «melancolía», la «escyrrhosa». El capítulo terapéutico resalta la necesidad de actuar sobre la «causa conjunta» por medio de «tópicos medicamentos... que inscindan, atenúen, resuelvan y desagüen la flema, o lympha coagulada por fuerza del ácido» [37]. Seguidamente se ocupa del «escyrrho»: «tumor duro, renitente, sin dolor, y si hai alguno, es poco, engendrado de un humor austero, crasso, viscoso, que los antiguos nombran melancolía» [38]; sus tipos principales: «simple» o «exquisito», y «compuesto» o «espurio»; su peligro reside en la posibilidad de convertirse en «cancro», y en cuanto a su terapéutica, tratará por todos los medios de eliminar la causa «conjunta», lo que se hará por medio de tópicos «emolientes» y «resolutivos», e incluso manualmente; en todo caso, antes de que se lleve a cabo la citada degeneración. El «cancro», por su parte, sería «un tumor duro, desigual, de color lívido, o declinante a negro, que tiene en su circunferencia las venas hinchadas, con calor, y dolor» [39]; frente a Monravá sugiere que el «cancro» podría curarse médicamente en ciertos casos; es su causa una especie de «humor ácido fermentativo». Finalmente, y bajo el título de «algunos apostemas en particular», repasa brevemente los conocidos bajo el nombre de «lupia» o «lobanillo», «goma», «escrophulas», «panadizo» y «sabañón».

V

De las Ulceras en común, y de algunas en particular, es el título y tema que ocupa todo el *Tratado II* de la *Segunda Parte* [40], en la obra de Pradillo. La «úlcera» es definida como «solución del continuo en parte mole, con magnitud diminuta, que tiene su origen de materia erodente» [41]. Las diferencias que guardan entre sí pueden ser «essenciales» o «accidentales»; las primeras, por su «forma», «parte afecta» y «causa eficiente»; las segundas, condicionadas por ciertos «accidentes», como «corrupción de huesso», «callosidad», «varices», «inflamación», «carne superflua», etc. Su diagnóstico, fácil en la «externa», única pertinente al cirujano; la prognosis, de acuerdo con la localización, malignidad, accidentes acompañantes y fuerzas naturales del paciente. Las medidas terapéuticas se llevarán a cabo siguiendo las tres indicaciones generales: «mundificar, encarnar y cicatrizar». Certeramente inicia este capítulo Pradillo diciendo que «la curación de la úlcera se

36 *Ibíd.*, art. IX, p. 148.
37 *Ibíd.*, art. X, p. 155. Una fórmula para ello podría ser «paños mojados en lejía de ceniza de sarmientos, mezclando una parte del espíritu del vino». Otras: «estiércol de baca» o «harina de habas».
38 *Ibíd.*, art. XI, p. 159.
39 *Ibíd.*, art. XII, p. 165.
40 *Ibíd.*, pp. 187-345.
41 *Ibíd.*, art. I, p. 206.

reduce a dos cosas, que es a quitar, y a reponer»; lo primero se conseguiría con medicamentos y manualmente; en cuanto a lo segundo, «toca a la naturaleza». El proceder curativo ha de seguir un riguroso método, y así, primeramente deberá tener lugar la «digestión»: «no es otra cosa el digerir, que fermentar, o cocer la materia de las Ulceras, reduciéndola a mejor substancia» [42]; luego sería el momento de «mundificar», lo cual «en la Cirugía es lo mismo que absterger, o limpiar las materias, y qualesquier excrementos, que están apegados a las Ulceras» [43]; más tarde, el «encarnar», que es «ayudar a regenerar carne perdida en las Ulceras», y, finalmente, «cicatrizar» o «ayudar a naturaleza a engendrar cuero». A renglón seguido puntualiza que, en realidad, «los medicamentos cicatrizantes no se distinguen de los encarnantes, porque todos obran desecando las superfluas humedades» [44]. Requisitos necesarios para que se lleve a cabo felizmente la «regeneración de la carne», serían: la desecación de la humedad de las úlceras a fin de que «la carne que se va regenerando, tenga firmeza, solidez, o consistencia proporcionada, para que la naturaleza pueda sobre ella fundar el cuero» [45]; la evitación de que la úlcera se contamine por «cuerpos extraños», y la instauración de un adecuado régimen alimenticio.

Y pasando al estudio pormenorizado de cada una de ellas, vemos que la «úlcera sórdida» es aquella que «tiene la materia crassa, viscosa, y blanca, apegada a la úlcera»; su causa, «un ácido fixativo, o coagulativo»; si fracasara la terapéutica usual, el pronóstico no es ciertamente halagüeño, según parece: «y si esto no basta, paciencia, señor enfermo, que la úlcera parará en pútrida» [46]. Por su parte, esta última, «la pútrida», sería «aquella que tiene las materias crassas, cenicientas, o negras con fetor» [47]; se curaría con «cáusticos suaves». Incluye seguidamente la descripción de las úlceras «virulenta» y «corrosiva», las que se distinguen entre sí «según mayor o menor corrosión de la materia, hija del ácido volátil preternatural, o del álcali volátil preternatural» [48]. La úlcera «con carne superflua» es, por esta circunstancia, de difícil curación, que por ello no se logrará hasta consumir lo «superfluo» con cáusticos. Otro tanto cabe decir de la úlcera «callosa» o aquella que tiene «en la circunferencia los labios duros»: toda terapéutica ha de ir, por tanto, encaminada a eliminar este «impedimento». En cuanto a las ulcerosas «cavernosa» y «fistulosa», se atiene —como hace comúnmente— a las definiciones y descripciones de Ribera y Martínez; he aquí la distinción de ambas: «La Fístula también es Ulcera cavernosa; pero con la diferencia de que, por su antigüedad, tiene callos en la superficie» [49]: en su terapéutica, «el principal intento es que la materia no se detenga: la has de dar vertiente, situando el miembro en parte declive, haciendo ligadura expulsiva, y geringando, quando es profunda» [50]. La úlcera «con corrupción de huesso» podría adoptar dos tipos: «Dos diferencias hai de corrupción... una, parcial, que se nombra *Caries*; porque sólo está viciada la superficie del huesso. La otra es total quando penetra no sólo hasta lo central del huesso, pero toda su substancia está corroída; razón porque se llama *Carcoma*» [51]; siguen las oportunas reflexiones pronósticas y terapéuticas, observando acerca de este último punto que si la corrupción es parcial, aún puede intentarse médicamente

42 *Ibíd.*, art. I, p. 219.
43 *Ibíd.*, art. I, p. 222.
44 *Ibíd.*, art. I, p. 234.
45 *Ibíd.*, art. I, p. 236.
46 *Ibíd.*, art. II, p. 248.
47 *Ibíd.*, art. III, p. 250.
48 *Ibíd.*, art. IV, p. 255.
49 *Ibíd.*, art. VII, p. 273.
50 *Ibíd.*, art. VII, p. 276.
51 *Ibíd.*, art. VIII, p. 281.

la exéresis de la parte mortificada, lo que si no se consigue —o se trata de una corrupción total— ha de hacerse quirúrgicamente. La úlcera «verminosa» [52] curará simplemente «quitando los gusanos, matándolos, e impediendo nueva generación». La úlcera «ambusta» o quemadura antigua es tratada a continuación, resaltando la importancia de atender con remedios generales el indudable impacto que la quemadura supone para la totalidad orgánica. En las «cancrosas» establece la distinción: «la Ulcera siguió a cancro, que se ulceró: o porque siendo Ulcera corrosiva se exaltó más su causa, y después se hizo cancrosa» [53]; en las «abordables» se hará extirpación «manual» o «cáustica»; el tratamiento de las «no abordables», bien se comprende, será paliativo. La úlcera «cacoetes» debe entenderse como «úlcera antigua, habitual, y profundamente radicada por causa gálica o escorbútica» [54]; su proceder curativo, el de estas enfermedades. Por su parte, las «varicosas» exigirán, lógicamente, para su curación la exéresis quirúrgica de estas «dilataciones venosas». Finalmente, la úlcera «con fluxión y humores» precisará la participación de medicamentos absorbenes y desecantes.

Con esto concluímos la exposición de la parte propiamente médica de la obra de José Pradillo. Sin embargo, no queremos poner punto final a nuestro trabajo dejando en el tintero una mención, siquiera sea muy sumaria, al medio centenar de fenómenos inexplicables o «prodigios de la naturaleza», que se plantea y resuelve nuestro autor, por cierto en forma rimada. Se encuentran en el artículo V del Tratado I de la *Primera Parte*, así como encabezando cada artículo de ambos Tratados de la *Segunda Parte*. Las cuestiones propuestas, tocantes a física, química, zoología, botánica, antropología y medicina, variadísimas y pintorescas, dan al lector un ameno y merecido descanso, en medio del «fragor polémico»; desde la interpretación «temperamental» de los sueños o la supuesta mejor puntería de los tuertos, a explicar por qué la cáscara de huevo se ablanda con vinagre, o el mar «ennegrece» con ciertos vientos, la enumeración de «prodigios de la naturaleza» cubre todas las gamas imaginables.

VI

Y esto es, en resumen, todo cuanto creemos merece la pena comentarse sobre la mal llamada *Cirugía Triunfante*. Limitándose nuestro autor a hacer un cotejo de los textos monravanos frente a los de Porras, Ribera y Martínez, bien se comprende que su aportación original ha de ser punto menos que nula; únicamente en concretos y contadísimos problemas quirúrgicos —sobre todo tocantes a úlceras—, Pradillo reflexiona por su cuenta. También cabría decir que el capítulo terapéutico tiene a veces un sello «personal», ya que no original, por cuanto que cada interlocutor describe la fórmula usada en su práctica profesional. No obstante, y pese a la crítica negativa que hemos venido haciendo, no debe ser en ningún modo considerada como estéril la obra de José Pradillo. De la maraña polémica surge una idea clara y rotunda para el crítico y una gran enseñanza para el estudioso: la vigencia, en pleno siglo XVIII, del hipocratismo, potenciado —cuando menos, en ciertos sectores— por el tenaz dogmatismo galénico. Su impugnación provoca un escándalo y repulsa que, estamos seguros, no desmerece del que provocarían las auténticas «herejías».

52 *Ibíd.*, art. IX, p. 303.
53 *Ibíd.*, art. XI, p. 313.
54 *Ibíd.*, art. XII, p. 323.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960

CÁTEDRA DE UROLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA
PROF. ENCARGADO: F. ROMERO AGUIRRE

ESTUDIO PATOGÉNICO DE LAS ANURIAS

POR EL

DR. FRANCISCO ROMERO AGUIRRE

ZARAGOZA

Las alteraciones orgánicas o funcionales, capaces de producir el síndrome anuria —supresión absoluta de la secreción urinaria—, son numerosas y muy distintas. En este sentido puede considerarse la anuria como el común denominador al que pueden llegar en distintas fases de su evolución afecciones muy diversas. De esto se deduce que los mecanismos patogénicos de la anuria sean tan distintos entre sí.

Para estudiar la patogenia de este síndrome conviene poner al día el papel que juegan el riñón y otros factores que intervienen en la secreción urinaria, puesto que las alteraciones de la secreción urinaria no dependen sólo de alteraciones del riñón, sino que el problema es más amplio. La etapa renal es el eslabón de un complejo mecanismo del metabolismo del agua y de los electrolitos, en el que interviene, además del riñón, el sistema cardiovascular, el control nervioso y la regulación endocrina.

La alteración de cualquiera de estas etapas puede ocasionar trastornos de la diuresis, concretamente anuria. El riñón en muchos casos no es el responsable de las alteraciones secretoras, sino el «agente de ejecución».

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SECRECIÓN URINARIA

I. El riñón y la secreción urinaria.

La función del parénquima renal consiste, principalmente, en filtrar, seleccionar y excretar elementos que le llegan por riego sanguíneo, eliminando sustancias cuya acumulación en el organismo sería nociva. Estas sustancias, productos de desecho disueltos en el agua, vehículo común, forman la orina. La función de las vías excretoras es conducir la orina al exterior del organismo.

Entre la secreción y la excreción urinaria existe una íntima correlación, fundamental para el normal funcionamiento del aparato urinario y cumplir su finalidad de mantener el equilibrio metabólico del organismo.

La *secreción* urinaria se realiza en el parénquima renal, cuya unidad funcional es la nefrona, constituída por el glomérulo y los tubos renales.

Al glomérulo se le ha venido asignando una función de filtrado y a los tubos renales la de seleccionar por reabsorción las sustancias que componen el filtrado glomerular, según la teoría de «filtración-reabsorción» de LUDWIG, completada por CUSHNY y REHBERG. Actualmente se admite como más razonable la teoría de «filtración-reabsorción-excreción», considerando que en la formación de la orina intervienen tres fenómenos: filtración glomerular, reabsorción tubular, excreción tubular.

1. El ultrafiltrado glomerular, realizado a nivel del glomérulo por la influencia de la presión arterial, está constituído por una orina primitiva (preorina), con la misma presión osmótica, la misma conductibilidad eléctrica y pH que el plasma, sin los coloides (prótidos y grasas).

2. Una parte de este ultrafiltrado se reabsorbe al atravesar los tubos renales (agua, un 99'4 por ciento; urea, de 40 a 50 por ciento; azúcar, 100 por ciento). Esta reabsorción es un fenómeno activo debido a las células de los tubos.

3. Al mismo tiempo se realiza una excreción de sustancias que, tomadas de la sangre por las células de los tubos a nivel de su porción próxima, se vierten en la luz tubular. Se trata de sustancias generalmente extrañas al organismo (fenolsulfolonaftaleína, empleada en Urología como prueba de la función renal; compuestos yodados, empleados como contraste en las urografías; ciertos antibióticos, como la penicilina).

La regulación de la secreción de orina en el parénquima renal se realiza, por tanto, por la velocidad y caracteres del filtrado glomerular, por la velocidad y caracteres de la reabsorción, por las circunstancias de la excreción tubular y por la correlación de estos fenómenos.

La participación del riñón en la secreción urinaria no es solamente filtrar y seleccionar por reabsorción ciertas sustancias de la preorina, sino excretar también algunos elementos que se añaden al líquido precedente.

Se ha llegado a estas conclusiones por el control experimental hidrodinámico del líquido glomerular; por la comprobación experimental de que ciertas moléculas pasan a través de la membrana del glomérulo en tanto que otras de mayor peso no pueden pasar; por el micro-pipetaje y micro-análisis de glomérulos y tubos *in vivo;* por la diversidad de pruebas de aclaramiento glomerular de insulina, manitol, hiposulfito de sosa, etc., y por el estudio histológico de cortes después de administrar distintas sustancias colorantes.

II. Intervención del sistema cardiovascular.

El riego sanguíneo realizado en condiciones normales es condición indispensable para que haya una diuresis normal. La cantidad del ultrafiltrado glomerular depende en buena parte de la cantidad de sangre que atraviesa el riñón y de la presión sanguínea. Basta recordar a este efecto que la cantidad de sangre que circula en un minuto por ambos riñones es alrededor de 1.200 c. c.

La disminución de la presión arterial por debajo de un nivel mínimo, unos 50 mm. de Hg a nivel de la aorta, lleva consigo la supresión de la secreción urinaria, pues el riñón es la glándula del organismo más sensible a las modificaciones del riego sanguíneo. El aumento del riego sanguíneo se traduce en un aumento de la diuresis y la disminución del riego en una disminución de la secreción urinaria. Todas las alteraciones de la circulación general y, también, las simplemente locales, influyen en la diuresis.

Los efectos de estas alteraciones de la presión arterial se atenúan por la existencia de un sistema vasomotor intrarrenal. Así, por ejemplo, si el aumento de la presión se acompaña de una vasoconstricción de los capilares renales no aumenta la diuresis; si la disminución de la presión se acompaña de una vasodilatación de los mismos capilares, la diuresis no disminuye.

Este sistema vasomotor parece ser el aparato neuro-mio-epitelial yuxtaglomerular, que actuaría sobre el tono de las arteriolas glomerulares aferentes y eferentes de la siguiente forma: La constricción de la arteria aferente disminuye el flujo sanguíneo y, por lo tanto, la presión glomerular, con la consiguiente disminución de la filtración y de la diuresis; la constricción de la arteria eferente aumenta la presión glomerular y, por lo tanto, la filtración.

Los factores circulatorios que intervienen en la diuresis son: el trabajo del miocardio, el tono vascular y la cantidad y caracteres de la sangre circulante.

III. Control nervioso de la diuresis.

La influencia del sistema nervioso en la diuresis se realiza por los centros vegetativos reguladores de la misma e, indirectamente, por su intervención en la circulación general.

En la región del bulbo, en la línea media, entre los núcleos del acústico y del vago, se encuentra una zona cuya excitación despierta una intensa poliuria, se le ha llamado «centro poliúrico».

La punción del cuarto ventrículo produce una poliuria, aumentando la concentración y la excreción de cloruros.

En el diencéfalo, donde asientan los principales centros vegetativos, por detrás del pedículo y de la hipófisis hay otras zonas cuya excitación produce una intensa poliuria.

CLAUDIO BERNARD observó que la excitación de los nervios del pedículo renal producen una vasoconstricción arterial. La sección de estos filetes produce una vasodilatación. La vasoconstricción se observa también en la excitación del cabo periférico del esplácnico, que actúa sobre las arterias y sobre los capilares, disminuyendo la actividad de algunos glomérulos. Por el contrario, la sección de los esplácnicos produce una dilatación arterial.

La existencia de nervios secretores del riñón es muy discutible. Más bien que nervios secretores, existen nervios vasomotores que juegan un papel considerable en la secreción urinaria, modificando, según las circunstancias, la cantidad de sangre circulante por el riñón.

En cada nefrona puede admitirse la existencia de un sistema autónomo de regulación funcional. El órgano sensorial sería la placa densa de ZIMMERMANN, situada en el extremo del tubo contorneado distal, donde se inicia el segmento de unión que lo comunica con los tubos colectores. El órgano receptor parece ser el aparato neuro-mio-arterial yuxtaglomerular, según se ha señalado, regulador del funcionamiento de cada glomérulo.

Debe admitirse además un «reflejo nervioso vasomotor» en el riñón, que explica muchas alteraciones de la diuresis. La hipotensión de los vasos cerebrales determina una vasoconstricción renal por estímulo de los centros vasopresores bulbares. Por este reflejo, al que se añade el efecto adrenalinosecretor, se produce una oliguria en las hipotensiones por colapso. Se observa también una vasoconstricción renal por excitaciones a nivel de la pelvis renal, del uréter, de la vejiga, por estímulos del riñón opuesto.

IV. Regulación endocrina de la secreción urinaria.

Por lo que se refiere a la *hipófisis* sólo debe tenerse en cuenta la acción de la hipófisis posterior, llamada retro-hipófisis o neuro-hipófisis. El papel de la neuro-hipófisis es muy importante, puesto que actúa sobre la reabsorción acuosa a nivel de los tubos renales, en su porción distal. Un 20 por ciento de la reabsorción acuosa se debe a la secreción interna de esta glándula. El papel de la hipófisis se realiza por medio de una hormona antidiurética que actúa según las necesidades del organismo. La influencia hormonal se realiza por vía sanguínea.

Cuando la secreción de la neuro-hipófisis disminuye o se suprime, por procesos patológicos o experimentalmente, la reabsorción propia de esta hormona (un 20 por ciento) no se realiza o se realiza de forma incompleta.

Por el contrario, bajo la influencia de reflejos o de emociones, la secreción hormonal puede aumentar transitoriamente, aumentando con ello la reabsorción, y produciendo como consecuencia una oliguria.

El extracto del lóbulo posterior de la hipófisis, que tiene un efecto antidiurético, aumentando la reabsorción acuosa, disminuye, por el contrario, la reabsorción de cloruros, de forma que bajo su influencia aumenta su eliminación.

La hormona antidiurética se encuentra también en los núcleos supraópticos; parece, por tanto, posible que la retro-hipófisis sea un órgano de almacenamiento.

La glándula *suprarrenal* ejerce la regulación de la diuresis por su porción cortical o córtico-suprarrenal. Su acción se traduce por modificaciones de la concentración de cloruros y potasio en la orina. Esta glándula regula el metabolismo de los electrolitos y favorece la reabsorción del cloruro de sodio.

La ablación de la córtico-suprarrenal provoca una eliminación considerable de cloruro de sodio por la orina, en tanto que casi desaparece por completo la eliminación de potasio.

Clínicamente, la insuficiencia acentuada de la secreción córtico-suprarrenal se caracteriza en la orina por una eliminación aumentada de cloruros y prácticamente nula de potasio, y por una gran poliuria que produce una intensa deshidratación del organismo; y en la sangre por una disminución de sodio y cloro y un aumento del potasio, creando así una perturbación del equilio sodio-potasio, y por una disminución del volumen plasmático y aumento de la concentración de proteínas del plasma, por pérdida de agua y de cloruro sódico.

Las glándulas *paratiroides* tienen una acción más manifiesta y de la mayor importancia sobre el metabolismo del calcio y del fósforo. La insuficiencia de su secreción provoca una disminución del calcio sanguíneo muy considerable, en tanto que disminuye y a veces desaparece totalmente su eliminación por orina. Se aprecia asimismo una disminución de la eliminación de fósforo por la orina, pero esta disminución se debe a que el fósforo se acumula en el plasma. Se ha señalado la influencia del *tiroides*, estimulando la diuresis por acción directa sobre el riñón y sobre el metabolismo hídrico tisular; y de las *glándulas sexuales*, interviniendo indirectamente en la diuresis a través de la hipófisis y del tiroides.

Clasificación de las anurias

Para planificar el estudio patogénico de las anurias, señalados ya los factores que intervienen en la secreción normal urinaria, se clasifican siguiendo un criterio topográfico, según la localización de la causa que las determina.

A. *Anurias preglomerulares* (pre-renales).

Por disturbios endocrinos.
Tiroides, hipófisis, pituitaria, suprarrenal.
Supresión del riego sanguíneo.
Por roturas del pedículo renal, embolias, trombosis.
Disminución del riego sanguíneo.
Hipotensión arterial, hiposistolia, asistolia.

B. *Anurias secretoras* (renales).

1) *Falta del parénquima renal.*

Por ausencia congénita del parénquima (agenesia renal).
Por destrucción o atrofia del parénquima renal (pionefrosis bilateral, riñón poliquístico, nefritis crónica).

2) *Por lesiones del parénquima renal.*

Inflamatorias (glomerulonefritis agudas).
Degenerativas (nefrosis hemoglobinúricas, postanestesia, hepatonefritis).
Medicamentosas (sulfamidas).
Tóxicas (mercuriales, oxicianuro de mercurio).
Shock de intolerancia (transfusión sanguínea, eclampsia, quemaduras extensas).

3) *Por trastornos circulatorios.*

Alteraciones sanguíneas (anoxemia, deshidratación).
Aumento de la presión venosa (hipertensión del sistema porta).
Isquemia renal intraparenquimatosa (embolia, trombosis).
Isquemia funcional («crush síndrome»).
Isquemia muscular traumática.

4) *Por reflejo nervioso.*

Intervenciones quirúrgicas (región pelviana, hepatobiliar).
Aborto.
Lesiones del bulbo o protuberancia.

5) *Por afecciones del aparato digestivo.*

Las que se acompañan de vómitos o diarreas muy intensas.
Perforaciones gástricas, peritonitis, apendicitis.

C. *Anurias excretoras* (subrrenales).

6) *Por obstrucción de las vías excretoras.*

Cálculos.
Acodaduras del uréter.
Estenosis ureterales.

7) *Por compresión de las vías excretoras.*

Urológicas (congestiones y neoformaciones de la pared).
Paraurológicas (tumores pelvianos, infiltración neoplásica del parametrio, quistes retroversicales).

Causas productoras de la anuria

Las causas que pueden determinar la anuria son múltiples y muy diversas. Se indican a continuación los aspectos patogénicos más importantes de este síndrome, siguiendo el orden de la clasificación etiológica.

A. *Anurias preglomerulares* (prerrenales).

Se producen por alteraciones sanguíneas de naturaleza endocrina, por la supresión o por la disminución del riego sanguíneo.

En el primer caso, por la influencia hormonal, antidiurética, de ciertas glándulas, como se ha señalado al referir los factores que intervienen en la secreción urinaria. Por lo que se refiere al riego sanguíneo, su ausencia o disminución considerable inhiben la función renal. Para realizarse la filtración normal por el glomérulo, se requiere una presión sanguínea de 75 mm. de mercurio en los vasos glomerulares y de 5 mm. en la cápsula de Bowman; aun cuando la presión osmótica de los coloides resta 30 mm. a la presión sanguínea, la diferencia aproximada de 40 mm. es indispensable para que se realice la secreción urinaria.

B. *Anurias secretoras* (renales).

1) La patogenia es clara cuando *falta el parénquima excretor*, por ausencia congénita, por destrucción progresiva o por atrofia renal. Se observa esta situación en las esclerosis renales muy acentuadas, por nefritis crónica, por compresión de las nefronas en las fases finales del riñón poliquístico, por aplastamiento en las hidronefrosis bilaterales muy avanzadas y por destrucción en las pionefrosis litiásicas o tuberculosas.

2) En las anurias por *lesiones del parénquima renal* el efecto inhibidor puede actuar sobre los glomérulos, los tubos o sobre ambos elementos.

Por agresión del *glomérulo*, inhibiendo o suprimiendo su función, como sucede en las glomerulonefritis agudas infecciosas, especialmente en las secundarias a una escarlatina o a una difteria. También en las hepatonefritis postanestésicas. En la nefrosis hemoglobinúrica, juega un papel importante en la anuria la disminución e interrupción del filtrado glomerular.

En las nefrosis, además de las alteraciones del glomérulo, se presentan procesos degenerativos en el *tubo*, que pueden determinar una anuria.

La anuria sulfamídica se produce por la cristalización de cálculos erizados en los tubos, que determinan alteraciones del epitelio y obstrucción.

Las anurias mercuriales se producen por una degeneración y calcificación de las células epiteliales, especialmente en las primeras porciones de los tubos contorneados proximales. Las células degeneradas, granulosas o con vacuolas, caen fragmentadas o enteras en la luz de los tubos.

Otras veces la anuria se produce por alteraciones simultáneas de los *glomérulos y de los tubos*. Así sucede en el shock de intolerancia, después de una transfusión sanguínea, eclampsia o de quemaduras extensas, que determinan distensión de los glomérulos y de los tubos y procesos degenerativos del epitelio tubular.

3) La patogenia de las anurias por *trastornos circulatorios* es fácil de comprender. El aumento de la presión venosa impide el funcionamiento del glomérulo, alterando el equilibrio preciso para que se realice la secreción de orina. Se presenta en las hipertensiones del sistema porta (anurias de origen hepático).

En la isquemia renal se produce la anuria por falta de riego sanguíneo, por isquemia extensa de la zona excretora, por infartos sépticos, por embolias de las arterias o trombosis de las venas intrarrenales.

La isquemia funcional del «crush renal» se debe a un bloqueo de los glomérulos, por estímulo sobre el aparato neuro-mio-arterial yuxtaglomerular, produciéndose una falta del riego glomerular ocasionada por el paso temporal de sangre por las anastomosis arterio-venosas (Trueta).

La anuria en la isquemia muscular traumática, que sigue a la compresión de un miembro, parece deberse a la liberación de la miohemoglobina por necrosis muscular. El pigmento se precipita en los tubos si existe la acidez suficiente.

4) La patogenia de la *anuria por reflejo nervioso* no es todavía suficientemente bien conocida. Se presenta después de una intervención quirúrgica, sobre todo en región pelviana y en la cirugía hepatobiliar. A este mecanismo reflejo se atribuyen las anurias postabortum.

La patogenia por reflejo nervioso es más comprensible cuando existen lesiones orgánicas del sistema nervioso, especialmente bulbares o protuberanciales.

5) La anuria *por afecciones del aparato digestivo* se presenta en procesos acompañados de vómitos y diarreas muy intensas. Se produce por la deshidratación que altera el metabolismo hídrico y disminuye el riego normal del riñón.

También se han descrito anurias por perforaciones gástricas, peritonitis y por crisis apendiculares, cuya patogenia se explica por un mecanismo reflejo.

C. *Anurias excretoras* (sub-renales).

En este tipo de anurias se considera como factor patogénico fundamental la alteración de la luz de los vasos excretores.

6) En las anurias excretoras por *obstrucción*, la causa más frecuente es la litiasis. Para explicarla se ha señalado un «reflejo urétero-renal» que, por vía ascendente, determinaría una inhibición del parénquima renal.

7) En las anurias por *compresión* se admite la misma patogenia que para las anteriores.

La compresión se encuentra más frecuentemente en región pelviana. Los tumores benignos y quistes determinan una compresión directa; las neoplasias malignas pueden producirla directamente, por invasión del tejido celular o por adenopatías.

Comentario

Al enumerar la patogenia de la anuria se observa que la explicación es muy razonable en algunos casos, pero poco precisa en otros, concretamente en las anurias excretoras.

En las anurias excretoras por «obstrucción», porque la obstrucción rara vez es completa y generalmente unilateral. Menos razonable resulta todavía esta hipótesis cuando se aplica a las anurias excretoras por «compresión», en este caso es más difícil que la obstrucción sea completa y muy raro que sea bilateral.

A estas anurias suele denominárseles «anurias misteriosas», epígrafe que, en definitiva, más que una aclaración revela una incógnita.

La experiencia de la clínica y el estudio detenido de enfermos con este tipo de anurias, revelan algunos fenómenos que razonablemente pueden explicar la patogenia de estas anurias.

1.º La íntima correlación que existe entre la secreción y la excreción urinaria. La clínica y la experimentación demuestran que las alteraciones de la secreción urinaria pueden determinar trastornos en la excreción de la orina, y a la inversa. Por ejemplo, la litiasis o la pionefrosis renal que puede determinar una

retención completa de orina o un pequeño cálculo ureteral que ocasiona una anuria. En tanto no conozcamos mejor la razón de esta realidad clínica habrá que atribuirla a reflejos con trayectoria diversa (reflejos renovesical y vésicorrenal).

2.° En el detenido estudio de los enfermos con anurias excretoras se encuentra un porcentaje muy elevado de alteraciones renales insospechadas (riñón único, lesiones patológicas del riñón que se consideraba sano o afecciones de ambos riñones). Se trata, por lo tanto, en estos enfermos, de una situación de equilibrio inestable entre excreción y secreción urinaria, previa a la aparición de la anuria. Equilibrio que puede perderse fácilmente por pequeñas alteraciones del riñón o de las vías excretoras. Se observa con frecuencia en la clínica que un pequeño cálculo del uréter produce discreta oliguria del riñón correspondiente, que desaparece al expulsarse o extraerse el cálculo. Con este mismo mecanismo, acentuado cuando existe un solo riñón, lesiones del riñón opuesto o de ambos riñones, es fácil comprender que una obstrucción incompleta pueda ir más lejos provocando una anuria.

3.° Otro fenómeno es el «reflejo renorrenal». En la exploración clínica se observa, muchas veces, que a la palpación digital de los puntos renales de un lado, el dolor no aparece en este lado sino, en la misma localización, pero en el lado opuesto correspondiente al riñón enfermo. También se ven algunos enfermos litiásicos con cólicos nefríticos repetidos de un lado, encontrando después de un estudio detenido, que el cálculo asienta en el riñón opuesto al doloroso. Pruebas fehacientes de un «reflejo renorrenal», producido probablemente por la convergencia en el mismo segmento medular de la inervación de ambos riñones. Es fácil explicar con esta hipótesis que las vías nerviosas conductoras del estímulo doloroso sean capaces de conducir el reflejo inhibidor que, partiendo del riñón bloqueado, inhibe la función del riñón heterolateral, predispuesto por alguna tara.

Para comprobar estas hipótesis, se presenta un resumen de veinte historias clínicas sin selección alguna, correspondientes a enfermos de anuria excretora últimamente estudiados, fijando especialmente la atención en el factor patogénico, que es el que interesa en este trabajo.

CASO N.° 1. — J. A., 38 años, casada, Zaragoza. Anuria reiterativa por litiasis, en riñón único.

Desde hace dieciocho años, cólicos nefríticos repetidos del lado izquierdo. Nefrectomía de este lado, hace doce años, para extraer un gran cálculo. Nefrectomía del mismo riñón, cinco años después, por la formación de un nuevo cálculo coraliforme, con abolición funcional completa.

A los siete años de la nefrectomía nuevos cólicos nefríticos en el riñón restante, con expulsión de seis pequeños cálculos. Desde entonces los cólicos nefríticos repiten con frecuencia, varias crisis acompañadas de anuria de veinticuatro a cuarenta y ocho horas.

Se trata de una enferma con una uréterohidronefrosis muy acentuada del riñón derecho, único, tóxico, con grandes acodaduras ureterales.

CASO N.° 2. — P. P., 58 años, casado, labrador, Bujaraloz (Zaragoza). Riñón derecho abolido, estenosis ureteral izquierda.

Ingresa de urgencia en la clínica por anuria de siete días, con antecedentes de dolor lumbar de lado derecho hace mes y medio; ligera polaquiuria y disuria, acentuadas en la madrugada; astenia y anorexia hace algunos meses.

A la palpación bimanual se aprecia una tumoración en región lumbar izquierda, grande y dolorosa. La radiografía simple revela una imagen esférica y calcificada, típica de un quiste hidatídico calcificado del riñón izquierdo.

La endoscopia muestra una vejiga trabecular, de mucosa pálida. Se realiza un cateterismo ureteral del lado derecho, para comprobar su permeabilidad. Pasa solamente un catéter 4 Ch., por estenosis muy acentuada del uréter terminal. En la exploración complementaria se diagnostica una discreta hipertrofia prostática.

Persistiendo la anuria después del tratamiento médico y del cateterismo ureteral, se realiza una decapsulación y nefrostomía del riñón derecho, seguida de una intensa poliuria compensadora que dura dos días; a partir de ese momento, oliguria progresiva y finalmente anuria irreversible.

CASO N.° 3. — P. G., 25 años, religiosa, Zaragoza. Anuria reiterada por espasmo ureteral en riñón único.

A los dieciséis años se le practicó una nefrectomía izquierda por tuberculosis renal. Desde hace cuatro años, cólicos nefríticos acompañados de crisis de anuria repiten cada tres o cuatro meses. En los intervalos, oliguria persistente de 250 c. c., a pesar de lo cual el estado de la enferma es bueno y las cifras de urea y creatinina en sangre normales.

La anuria ha respondido siempre al tratamiento por cateterismo ureteral. El estudio radiológico de la enferma no muestra ninguna alteración orgánica ni funcional del tracto urinario superior.

Las crisis de anuria han aparecido casi siempre en los días premenstruales. La diuresis se ha restablecido tan sólo con introducir unos centímetros cúbicos el catéter ureteral. Interpretada su patogenia como un espasmo ureteral, no han vuelto a repetir las anurias aplicando espasmolíticos en los días premenstruales.

CASO N.° 4. — F. C., 47 años, casado, veterinario, Urrea del Jalón (Zaragoza). Anuria por litiasis ureteral izquierda, riñón derecho «mudo».

Hace varios años cólicos nefríticos del lado derecho, seguidos de la expulsión de pequeños cálculos (ácido úrico).

Posteriormente, los cólicos nefríticos se presentan con alternativas, tanto en un lado como en el otro, acompañados en ocasiones de pequeñas hematurias, terminando con eliminación de algún cálculo. En los últimos cinco años las molestias son más intensas en el lado izquierdo.

Una urografía de eliminación revela el buen funcionamiento del riñón izquierdo; por el riñón derecho no hay eliminación de contraste en ninguna de las placas obtenidas. Conociendo los antecedentes litiásicos del enfermo, se interpreta esta aparente abolición funcional como un bloqueo producido por cálculo ureteral transparente a los rayos X. En ocasiones anteriores se han visto otras radiografías sin imagen de cálculo, observándose, pocos días después, la eliminación de alguno.

Pocos meses después, nuevo cólico nefrítico del lado izquierdo, acompañado de anuria que dura cuarenta y ocho horas, que desaparece después de la expulsión del cálculo.

Algunos meses más tarde, después de un cólico nefrítico del lado derecho con expulsión de cálculo, se hace un detenido estudio del enfermo, hallando un funcionamiento normal de ambos lados.

CASO N.° 5. — A. P., 57 años, casado, labrador, Ibdes (Zaragoza). Glomeruloesclerosis bilateral, hipertrofia prostática, estrechez uretral.

Ingresa en la clínica de urgencia, con anuria de cinco días (uremia, 3'90 gr.). A la exploración clínica se aprecia una estenosis uretral e hipertrofia prostática. Después de colocar sonda permanente y realizar tratamiento médico se restablece la diuresis. A los treinta años la situación del enfermo es normal, urea en sangre 0'42 gr.

Antecedentes: Hace seis años que el enfermo presenta polaquiuria y disuria nocturna, acentuadas últimamente (cuatro o cinco micciones nocturnas). Enfermo diabético desde hace veintiséis años. Hace tres años dolor lumbar bilateral, preferentemente del lado derecho; uremia discreta (0'63); alteraciones en la diuresis, poliuria en algunas ocasiones y oliguria en otras.

Después de haberse repuesto el enfermo, se realiza estudio urológico y general: déficit funcional intenso de ambos riñones, más en el lado derecho; uremia de 0'60.

Glucemia (1'90). El déficit funcional se interpreta como producido por glomeruloesclerosis secundaria a la diabetes del enfermo.

CASO N.° 6. — V. G., 48 años, casado, impresor, Zaragoza. Litiasis ureteral derecha, probable del lado izquierdo.

Historia clínica de litiasis renal derecha con frecuentes cólicos nefríticos acompañados de oliguria. Al verle por vez primera lleva cuarenta y ocho horas de anuria, con uremia de 4'15 gr. y muy mal estado general.

En una radiografía simple se ve un cálculo grande en tercio inferior del uréter derecho. Se intenta el cateterismo ureteral, sin conseguirlo; en el lado derecho se detiene a la altura del cálculo; en el izquierdo, a muy pocos centímetros del meato ureteral.

Aqueja el enfermo insuficiencia cardíaca aguda y bronquitis crónica. A los cuatro días de anuria, después de intentos repetidos, se consigue vencer el obstáculo del uréter izquierdo.

que por su resistencia hace pensar en un cálculo transparente a los rayos X, introduciendo el catéter hasta la pelvis renal. Se eliminan sólo unos 150 c. c. de orina. Se propone la decapsulación y nefrostomía del riñón derecho, que desecha la familia del enfermo. Dos días más tarde muere con 5'25 gr. de urea.

CASO N.º 7. — A. A., 60 años, casado, labrador, Zaragoza. Anuria por litiasis renal y ureteral derecha.

Visto en consulta médica con un cuadro de oliguria intensa. Hace un mes, dolor lumbar, preferentemente en el lado derecho. La diuresis va disminuyendo progresivamente. El enfermo presenta un estado comatoso. Desde hace quince días el promedio de la diuresis en veinticuatro horas es de 100 c. c., con crisis de anuria en dos ocasiones, de cuarenta y ocho y treinta y seis horas.

Enfermo congestivo, apático, taquicárdico. Duele a la palpación la región lumbar, más intensamente en lado derecho, especialmente a la sucusión; también el trayecto ureteral de este lado. Urea en sangre, 2'50 gr. por mil.

La radiografía simple muestra varios cálculos en el riñón derecho y otro en el uréter yuxtavesical de este lado. El catéter ureteral consigue vencer una primitiva resistencia a los cuatro centímetros del meato ureteral derecho, llegando hasta pelvis renal, de donde se recoge una muestra de orina hematúrica. La distensión de la pelvis con suero fisiológico caliente restablece la secreción urinaria. Catéter ureteral permanente. La diuresis aumenta lenta, pero progresivamente: 225 cm. el primer día y 1.300 c. c. a los cinco días, con urea de 0'85 gr por mil. Una semana más tarde el enfermo ha mejorado considerablemente, abandona la clínica con diuresis de 1.500 c. c. y urea de 0'43.

Se le aconseja al enfermo un detenido estudio radiológico, que rechaza por encontrarse completamente normal.

CASO N.º 8. — J. R., 47 años, casado, empleado, Alfaro (Logroño). Anuria por litiasis bilateral.

Cólicos nefríticos en el lado izquierdo hace quince años, han repetido unas ocho veces desde entonces. Hace días, ligera hematuria, que aumenta al atardecer, va acompañada de dolor lumbar derecho. Ha tres días que el enfermo no orina. Ha desaparecido el dolor lumbar izquierdo, pero al dejar de orinar duele el riñón derecho.

El estudio del enfermo muestra un cálculo enclavado en cuello vesical, seguramente eliminado del lado izquierdo, y otro en el riñón derecho. Se extrae el cálculo vesical, comprobándose que no hay orina retenida en vejiga; se trata de una anuria.

Tratamiento médico y cateterismo ureteral del lado derecho: la diuresis se restablece, 2.850 c. c. en las primeras veinticuatro horas; 3.200, 3.850, 3.500 y 3.100 en los cuatro días siguientes. Al retirar el catéter ureteral cae el enfermo de nuevo en anuria. Nuevo cateterismo ureteral que restablece la diuresis. Mejorado su estado general, pielotomía del riñón derecho, ncontrando un cálculo n forma de émbolo que obstruye la unión pieloureteral. Postoperatorio con diuresis normal.

CASO N.º 9. — F. L., 54 años, casado, labrador, Barbinzana (Navarra). Déficit funcional del riñón derecho, hidronefrosis del izquierdo.

Cólicos nefríticos en ambos lados desde hace veinticinco años, primero en el lado izquierdo y últimamente en el derecho. Han repetido unas doce veces, con expulsión frecuente de cálculos.

Crisis de anuria desde hace cuatro días. Nefrostomía del riñón izquierdo, la diuresis se normaliza paulatinamente. Repuesto el enfermo se hace un detenido estudio urológico, encontrando una insuficiencia renal muy acusada del riñón derecho e hidronefrosis del riñón izquierdo, secundarias ambas a la litiasis.

En esta situación se deja la sonda de la nefrostomía, por la que drena unos 1.000 c. c. en veinticuatro horas, y sólo 250 c. c. a la micción, procedente del riñón derecho.

CASO N.º 10. — V. G., 67 años, casada, Cintruénigo (Navarra). Riñón único anómalo.

Anuria de ocho días precedida de cólico nefrítico de lado derecho. Se trata de una enferma diabética, sin antecedentes urológicos.

Se palpa el riñón derecho muy voluminoso, tenso, doloroso. Presenta la enferma edemas generalizados, vómitos, arritmia, muy mal estado general, postración, uremia (3'50 gr.), glucemia (3'70 gr.). En la endoscopia se aprecia únicamente el meato ureteral derecho. Se cateteriza, obteniendo sólo unos centímetros cúbicos de orina de escasa concentración (urea, 1'25; cloruros, 0'60). En vista de la situación de la enferma se realiza una lumbotomía derecha. El riñón es grande, enormemente congestivo. Decapsulación renal. Por la sonda permanente

que lleva la enferma empieza a salir orina abundante (4.800 c. c.) en las primeras veinticuatro horas. Diuresis que se va normalizando en días sucesivos.

Repuesta la enferma, se hace un detenido estudio urológico. Se trata de un solo riñón, voluminoso, con anómalas alteraciones pielocaliciales. Han transcurrido tres años y la enferma se encuentra perfectamente, haciendo su vida normal.

CASO N.º 11. — J. M., 63 años, casado, carpintero, Alfaro (Logroño). Litiasis renal y ureteral derecha, insuficiencia renal izquierda, hipertrofia prostática.

Anuria de cuatro días. Se trata de un enfermo disúrico, diagnosticado de hipertrofia prostática, fue intervenido hace dos años por retención completa de orina. Según dice el enfermo, la gravedad de aquel momento impidió enuclear la próstata.

La exploración del enfermo muestra una hipertrofia prostática, considerablemente desarrollada; lleva una sonda en hipogastrio; duelen los puntos renales de ambos lados, preferentemente del derecho. Con tratamiento médico se consigue restaurar la diuresis. Repuesto el enfermo, se le propone tratamiento quirúrgico para su hipertrofia prostática y la litiasis renal derecha, que desecha de momento.

A los dos meses vuelve con una crisis de anuria, en esta ocasión de treinta y seis horas, superada también con tratamiento médico. Restablecido el enfermo se le hace una urografía de eliminación, apreciando un déficit funcional muy acusado de ambos lados, con varios cálculos en el riñón derecho y uno grande y alargado en el uréter homolateral; en el lado izquierdo apenas se aprecia eliminación después de transcurridos cuarenta y cinco minutos de la inyección de contraste.

CASO N.º 12. — J. J., 76 años, viuda, Pina de Ebro (Zaragoza). Litiasis renal derecha y ureteral izquierda.

Ingresa la enferma de urgencia, por anuria de cuarenta y ocho horas. Un mes antes había venido a consultarse por dolor reiterado en hipocondrio derecho, que se inició hace veinte años y agudizado en los últimos meses. Hace un año, hematuria en dos ocasiones. Hace seis meses, cólico nefrítico en el lado izquierdo. Ha perdido de peso y apetito, se encuentra decaída.

El examen de la enferma revela un cálculo grande en pelvis del riñón derecho, con hidronefrosis secundaria, ptosis, déficit funcional muy intenso y acodaduras ureterales. Hibernación del riñón izquierdo, bloqueado por un cálculo ureteral.

Realizada la pielotomía derecha, se restableció la diuresis, con poliuria muy intensa en los primeros días.

CASO N.º 13. — C. M., 41 años, casado, Zaragoza. Riñón derecho abolido, ureterohidronefrosis izquierda.

Lleva tres días de anuria, que se resuelve, tras el tratamiento médico, con cateterismo ureteral.

Antecedentes: Cólico nefrítico del lado derecho hace dieciocho años, ha repetido tres veces; el último, con hematuria, hace cinco días. Dos días después se inició la anuria.

Examen urológico. En la radiografía simple se ven varios cálculos en el riñón derecho. Repuesto el enfermo, se hace un detenido estudio, hallando una litiasis múltiple del riñón derecho con abolición funcional absoluta y una urterohidronefrosis izquierda, con estenosis del uréter terminal muy acentuada, que por antecedentes del enfermo y por sus caracteres es de naturaleza fímica.

CASO N.º 14. — S. S., 58 años, casada, Zaragoza. Litiasis ureteral en riñón único.

Cólicos nefríticos del lado izquierdo hace varios años. Hace seis días, nuevo cólico nefrítico con anuria que duró cincuenta y seis horas. Ingresa la enferma de urgencia, por nueva anuria de hace cuarenta y ocho horas, después de una nueva crisis dolorosa en región lumbar izquierda.

Son dolorosos los puntos renales y trayecto ureteral del lado izquierdo. Se aprecia en este lado un riñón voluminoso y doloroso a la palpación profunda. En la endoscopia se observa el meato ureteral izquierdo, pero no el derecho. La micción se restaura tan pronto como se cateteriza el uréter izquierdo.

Normalizada la situación de la enferma se hace un estudio complementario. Una nueva exploración endoscópica muestra el meato ureteral izquierdo, que se cateteriza con alguna dificultad; en la cromocistoscopia se observa una función normal del riñón izquierdo. Pocas horas después del cateterismo expulsó la enferma un pequeño cálculo. La urografía de eliminación confirma la ausencia del riñón derecho y el buen funcionamiento del izquierdo.

CASO N.º 15. — T. R., 68 años, casado, Tarazona. Esclerosis renal bilateral, litiasis ureteral derecha.

Ingresa de urgencia en la clínica por anuria de cinco días, en situación angustiosa, vómitos, dolor agudo en región lumbar derecha, uremia (2'36 gr. por mil).

Duelen intensamente a la exploración los puntos renales del lado derecho. En la radiografía simple se ven varios cálculos en tercio inferior del uréter derecho.

El enfermo responde al tratamiento médico y la diuresis va restableciéndose lentamente, 275, 660, 1.000 y 1.800 c. c. en días sucesivos. A los siete días de iniciado el tratamiento la cifra de urea en sangre ha descendido a 0'70 gr. por mil.

Normalizada la situación del enfermo se realiza exploración radiológica. A los cuarenta y cinco minutos apenas se aprecia contraste. El nefrograma derecho es grande, irregular y distendido, distensión que se aprecia en el uréter homolateral, a partir de la localización de los cálculos.

CASO N.º 16. — J. L., 52 años, casado, Corella (Navarra). Riñón derecho atrófico, litiasis renal izquierda, hipertrofia prostática.

Anuria de veinticuatro horas, precedida de disuria y polaquiuria hace varios meses, micción diurna cada hora y media y nocturna tres veces.

Antecedentes: Cólicos nefríticos del lado izquierdo hace un año, han repetido tres veces. Anteriormente infarto de miocardio, crisis de oliguria con uremia. Ultimamente, disnea de esfuerzo e hipertensión arterial (17'5/14) y febrícula. Al ingresar en la clínica tiene una uremia de 2'65 gr. por mil.

Restablecida la diuresis con tratamiento médico y repuesto el enfermo, se hace un detenido estudio hallando una atrofia del riñón derecho, litiasis del riñón izquierdo con déficit funcional acentuado, hipertrofia prostática.

CASO N.º 17. — J. N., 84 años, viudo, Ricla (Zaragoza). Litiasis renal bilateral.

Anuria de tres días. Tiene como antecedente dolor lumbar, con oliguria, hace varios meses.

Enfermo con muy mal estado general, arritmias, pulso débil, lengua suburral, comatoso. Urea en sangre, 1'20; cloruros, 4'25.

Se inicia el tratamiento con aceticolina (una inyección cada ocho horas), suero glucosalino 550 c. c. cada seis horas, infiltración de esplácnicos (20 c. c. de novocaína al 1 por ciento). A las pocas horas se inicia la diuresis. El examen posterior del enfermo revela una litiasis renal bilateral con déficit funcional intenso.

CASO N.º 18. — J. R., 68 años, viuda, Tarazona. Riñón derecho atrófico, litiasis e hidronefrosis del riñón izquierdo, tuberculosis urinaria.

Ha padecido en dieciséis años cuatro crisis de anuria, de ocho, uno, cuatro y tres días, respectivamente, acompañadas de dolores cólicos del riñón izquierdo y seguidas con expulsión de cálculos. Ultimamente, tres meses antes de la última anuria, polaquiuria intensa, dolor lumbar izquierdo y oliguria progresiva.

El cateterismo ureteral restablece la diuresis. El estudio urológico, después de restablecida la enferma, muestra un riñón derecho atrófico y abolido, litiasis múltiple con hidronefrosis secundaria del riñón izquierdo, uremia 0'85 gr. por mil y baciloscopia positiva.

CASO N.º 19. — A. S., 60 años, viuda, Grañén (Huesca). Litiasis ureteral derecha, riñón izquierdo abolido por equinococosis calcificada.

Hace cinco días, anuria. Se le han hecho infiltraciones de esplácnico y tratamiento médico sin resultados positivos. La anuria fue precedida por dos días de oliguria y dolor lumbar, preferentemente en el lado derecho.

Exploración: Enferma abatida, con vómitos, escalofríos frecuentes, astenia, somnolencia. El riñón derecho está considerablemente aumentado de tamaño, es muy doloroso; también el izquierdo, pero con menor intensidad. La radiografía simple muestra el riñón derecho voluminoso y la imagen de un quiste hidatídico calcificado del riñón izquierdo. En la endoscopia aparece el meato ureteral derecho muy congestivo, edematoso, enrojecido. Se introduce el catéter, que se detiene a los cuatro centímetros, insistiendo se vence la resistencia y empieza a drenar gota a gota y pronto con continuidad. Análisis de la primera muestra de orina: densidad, 1.003; cloruros, 4'85; urea, 9'37; no hay albúmina; células epiteliales. La diuresis se va normalizando progresivamente, al segundo día es de 1.750 c. c. Poco después de retirar el catéter ureteral expulsa la enferma un pequeño cálculo (uratos y oxalato cálcico).

Se realiza posteriormente una urografía de eliminación, el riñón derecho es hipertrófico, anómalo, con ligera hidronefrosis, elimina el contraste intensamente desde los siete minutos. Abolición funcional del riñón izquierdo con la imagen característica de equinococosis calcificada.

CASO N.º 20. — G. H., 57 años, viudo, labrador, Aldeanueva de Ebro (Logroño). Riñón derecho abolido, ureterohidronefrosis izquierda, tuberculosis urinaria.

Acude el enfermo a la consulta para que se le «opere de próstata», porque lleva treinta y nueve horas sin orinar. Hace un año, hematuria; desde entonces tiene que orinar con mucha frecuencia y, en ocasiones, no orina nada, como le sucede al venir a visitarse.

Precisando el interrogatorio refiere el enfermo que anteriormente orinaba muchas veces pequeñas cantidades de orina turbia, a veces hemorrágica; la micción se realiza sin dificultad ni esfuerzo, pero con escozor terminal. Cuando lleva tiempo sin orinar, después de algunas horas de haberse acostado se restablece la diuresis.

Exploración: Riñón izquierdo grande y doloroso. Cateterismo uretral fracil, no hay retención de orina, se trata de una anuria. Próstata normal. Repuesto el enfermo, el estudio detenido revela una tuberculosis urinaria, con abolición total del riñón derecho, ureterohidronefrosis izquierda muy acentuada, ptosis renal de este lado, acodaduras ureterales y «pequeña vejiga tuberculosa».

Las supuestas retenciones de orina eran crisis de anuria; la hematuria y polaquiuria, debidas a la infección tuberculosa. La restauración de la diuresis se realizaba al desaparecer el bloqueo renal, determinada por las acodaduras ureterales del riñón izquierdo ptósico.

Conclusiones

La diversidad etiológica de las anurias lleva consigo su diversidad patogénica. Diversidad que se debe, de una parte, a los distintos y varios factores que intervienen en la secreción urinaria, cuyas alteraciones pueden justificar la anuria y, de otra, a las numerosas causas susceptibles de producir estas alteraciones.

Los factores principales que intervienen en la secreción urinaria son la etapa renal, el sistema cardiovascular, el control del sistema nervioso y la regulación endocrina. En la mayor parte de los casos, el riñón no es el responsable de la anuria, sino «el agente de ejecución».

Para planificar el estudio patogénico de las anurias, se clasifican siguiendo un criterio topográfico, según la localización de la causa productora, en anurias preglomerulares, anurias secretoras y anurias excretoras, agrupando bajo estos epígrafes sus distintas modalidades.

Las hipótesis que explican el mecanismo íntimo causante de las anurias preglomerulares y secretoras son razonables, en tanto que la interpretación patogénica que se viene asignando a las anurias excretoras es incierta. El mecanismo de «obstrucción» y de «compresión» no aclara suficientemente el porqué de las anurias excretoras, pues la obstrucción rara vez es completa, y menos todavía la compresión, además de que en la mayor parte de los casos actúan sólo sobre un lado.

La experiencia de la clínica y el estudio detenido de estos enfermos, revelan algunos fenómenos que justifican la patogenia de estas anurias:

En primer lugar, la íntima correlación que existe entre la secreción y la excreción urinaria. Observándose, por ejemplo, ciertos procesos renales que determinan una retención completa de orina en vejiga y algunas alteraciones de las vías excretoras que producen anuria.

Por otra parte, porque el estudio detallado del aparato urinario en estos enfermos revela la existencia de importantes alteraciones insospechadas, que mantienen una situación de equilibrio inestable y que puede perderse fácilmente por pequeñas alteraciones del riñón o de las vías excretoras.

Otro factor patogénico es, finalmente, el reflejo «renorrenal», producido probablemente por la convergencia en el mismo segmento medular de la inervación de ambos riñones, capaz de conducir un reflejo inhibidor al riñón heterolateral.

Por estas razones, a todo enfermo que presente una anuria excretora, debe hacérsele una exploración muy detenida del aparato urinario, que debe completarse

con todas las exploraciones complementarias precisas una vez que, superada la anuria, se haya repuesto el enfermo.

La acción médica no debe reducirse en estos enfermos al tratamiento de la anuria. La anuria no es una enfermedad, sino un síndrome, y es, por tanto, fundamental establecer su diagnóstico etiológico. No basta tratar la anuria, hay que diagnosticar y tratar la causa que la ha producido.

RESUMEN

La supresión absoluta de la secreción urinaria —síndrome de anuria— es el resultado final de afecciones muy diversas, que determinan alteraciones orgánicas o funcionales que no dependen sólo del riñón, sino de la perturbación del mecanismo hídrico, en el que intervienen también el sistema cardiovascular, el control nervioso y la regulación endocrina. La alteración de cualquiera de sus etapas puede ocasionar trastornos de la diuresis y, finalmente, anuria.

Tras estudiar los factores que intervienen en la secreción normal urinaria, se establece una clasificación de las anurias siguiendo un criterio topográfico, según la localización de la causa que las determina, haciendo un amplio comentario sobre ellas y finalizando con la exposición de una casuística de veinte casos de anuria excretora, que confirman la diversidad del factor patogénico.

Dirección: Paseo de la Independencia, 18. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CLÍNICAS Y MÉDICAS
MADRID

ASPECTOS ACTUALES DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL

POR EL

DR. CARLOS MARINA FIOL

MADRID

La tuberculosis intestinal es hoy en día menos frecuente que antes del empleo de los medicamentos específicos: estreptomicina, PAS e isoniacida. Sobre este punto están de acuerdo todos los autores que se han ocupado últimamente de este problema. Hoy día es extraordinario el tuberculoso pulmonar que presenta simultáneamente extensas lesiones del intestino. Sí vemos con relativa frecuencia enfermos tuberculosos pulmonares, que al estudiarles el íleon terminal presentan una distensibilidad disminuída del mismo, una desaparición de los pliegues de la mucosa total o parcial, o pequeñas ondulaciones estables en los contornos; la palpación del asa terminal del delgado, en estos casos, no es dolorosa, y clínicamente tampoco se observan síntomas sospechosos de la existencia de un proceso digestivo. Se trata en estos casos de lesiones tuberculosas del íleon terminal que han aparecido simultáneamente o poco después de las lesiones pulmonares y que han curado rápidamente con el tratamiento específico.

Por el contrario, han aumentado en nuestra estadística el número de enfermos que acuden a la consulta aquejando molestias poco intensas en la fosa ilíaca derecha, y en los que al examinarles el íleon terminal hallamos alteraciones francamente específicas de la existencia de una lesión inflamatoria profunda; unas veces se trata de estrechamientos tubulares de todo el asa, con desaparición de los pliegues de mucosa, presentando ésta, en su lugar, irregularidades que en algunos casos recuerdan a la imagen en empedrado de la ileítis regional. El diagnóstico clínico y radiológico frente a esta última afección en su forma benigna es sumamente difícil, prácticamente imposible. A idéntica conclusión llegan MASSION, BROMBART y BODART [1] recientemente, señalando la mayor tendencia de la tuberculosis para infiltrar el borde externo del íleon, al contrario de la ileítis regional, que tiene más predilección por el interno. Tenemos enfermos en los cuales no hemos podido llegar a una conclusión diagnóstica, por tratarse de lesiones no evolutivas que permanecen estacionarias, desde el punto de vista radiológico, durante varios años de observación. Sí, por el contrario, han desaparecido las molestias clínicas con el empleo de un tratamiento dietético y antituberculoso. Otras veces las lesiones aparecen limitadas, esto es lo más frecuente, a un pequeño sector del íleon terminal: unas veces es un pliegue rígido, cuya dirección no guarda

la relación de paralelismo o de armonía con los pliegues situados en el centro del asa o en el contorno inferior, ya estén los pliegues dispuestos longitudinalmente o en forma reticular; en otros enfermos sorprendemos una rigidez de pocos milímetros o centímetros en el contorno del íleon, generalmente en el interno o superior de la porción preesfinteriana; imagen muy característica es la presentación de un íleon terminal plenificado masivamente, cuyo contorno se prolonga en una zona limitada, que aparece rígida, sin peristaltismo ni tono, y que presenta una

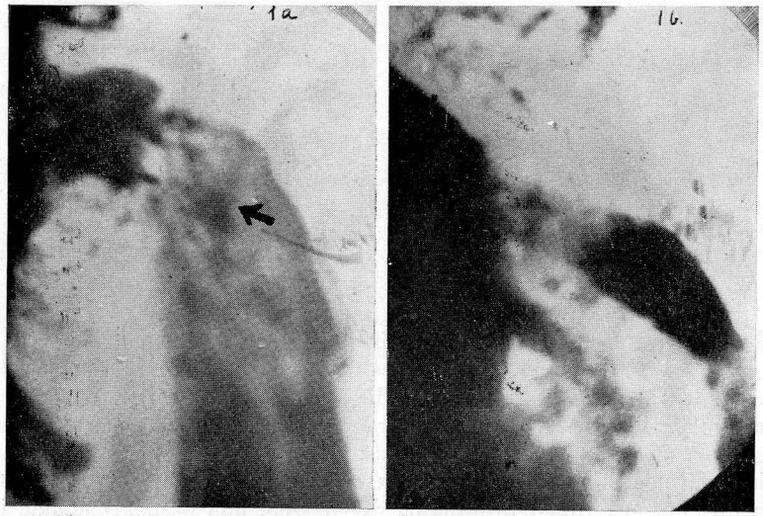


FIGURA 1. — a) ULCERA TUBERCULOSA «EN FACE» EN EL ÍLEON TERMINAL. b) ILEON TUBULAR, ESTRECHADO, CON MUCOSA GRANULAR, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

densidad de contraste disminuída si se compara con la del resto del asa. Recientemente nos hemos ocupado de este problema [2], concediendo a esta imagen, que denominamos «signo del doble contorno», un valor patognomónico para el diagnóstico de la tuberculosis intestinal. Otras veces encontramos un cambio de dirección en ángulo de la porción preesfinteriana del íleon, o una frenación a un nivel determinado de las ondas peristálticas.

Ha sido para nosotros difícil llegar a la conclusión de que estas imágenes corresponden a una tuberculosis intestinal. Para ello hemos seguido radiológicamente la evolución de lesiones extensas y sin duda alguna tuberculosas, bajo la influencia de la terapéutica específica, y hemos podido obtener en los estadios evolutivos hacia la curación imágenes idénticas a las descritas anteriormente. De la misma forma hemos revisado nuestros casos anteriores a la nueva era terapéutica, y hemos observado idénticas imágenes en la evolución de las lesiones tuberculosas, desde el nódulo de alarma —úlcera-infiltración—, estacionamiento y curación definitiva del proceso, al sobrevivir la nueva terapéutica, y en algunos, con lesiones poco intensas, espontánea o tal vez influída por los medios terapéuticos inespecíficos de que disponíamos entonces.

En la mayor parte de nuestros enfermos con tuberculosis intestinal observamos actualmente comportamiento atípico, en comparación con los casos que veíamos

anteriormente. El cuadro clínico sigue en general siendo poco expresivo, en relación con el que considerábamos como característico de esta enfermedad antes de los trabajos de ROTHER [3] y los nuestros [4]. En el cuadro radiológico observamos las lesiones mencionadas que hallamos en el momento de la exploración, en franca situación evolutiva hacia la curación; se trata de lesiones muy limitadas, que se traducen por una pequeña alteración en los contornos o en la mucosa. En la actualidad no encontramos imágenes con gran desestructuración del asa enferma; tampoco vemos con frecuencia úlceras, y el «nódulo de alarma» le sorprendemos pocas veces.

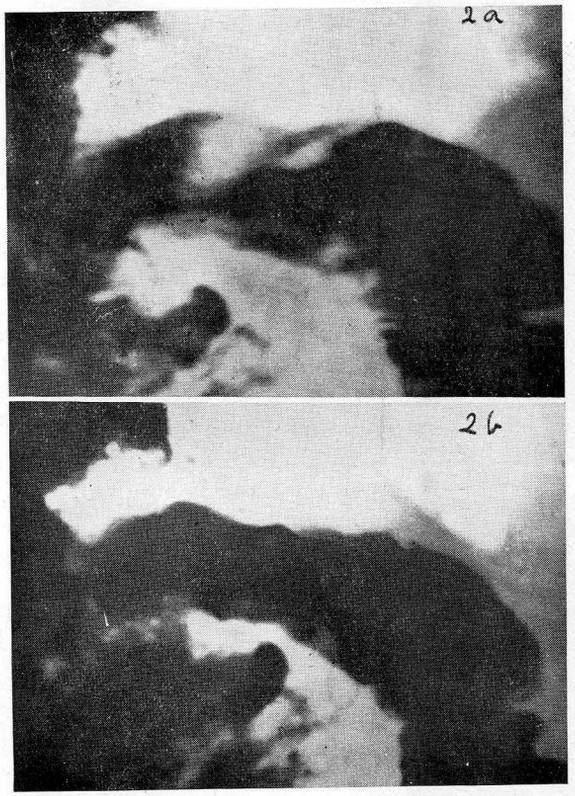


FIGURA 2. — a) FALTA DE REPLECIÓN EN LA PORCIÓN PREESFINTERIANA DEL ÍLEON CON PEQUEÑA RETRACCIÓN DEL CONTORNO. b) RIGIDEZ DEL CONTORNO SUPERIOR, QUE APARECE ONDULADO DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

Si ahondamos en el interrogatorio de estos enfermos, hallamos un antecedente de pleuresía, influenza prolongada, décimas, anorexia durante alguna temporada anterior a la presentación de las molestias intestinales. Sistemáticamente, estos enfermos habían hecho tratamiento con antibióticos, entre los cuales se encontraba la estreptomicina; otros, los que padecían anorexia, habían sido tratados con isoniacidas. Nosotros creemos que si bien la administración de estos medicamentos ha sido insuficiente para curar la enfermedad, sí ha servido para ejercer una acción modificadora en la evolución de la lesión intestinal. Estas alteraciones se pueden traducir en el cuadro histológico de la lesión, que pierde sus características específicas; recientemente hemos tenido un enfermo en el que se presentó un cuadro de obstrucción intestinal, por lo que fue intervenido; este enfermo padecía una tuberculosis pulmonar abierta, y en el estudio histológico de los ganglios, situados en la proximidad de la lesión estenosante del intestino, se encontró una imagen típica de lesión tuberculosa; en cambio, la lesión de la pared intestinal fue imposible de diferenciar histológicamente de la que ofrece la enteritis regional en el estado de fibrosis (MARINA FIOL, MORALES PLEGUEZUELO) [5]. Idéntica experiencia tienen HILLEMAND, CHERIGIÉ y BLASIEL [6].

En el momento actual tenemos que valorar estos hechos y estas imágenes para el diagnóstico de la tuberculosis intestinal, no habiendo perdido, sin embargo, valor los signos de diagnóstico precoz indirectos, como el «signo del

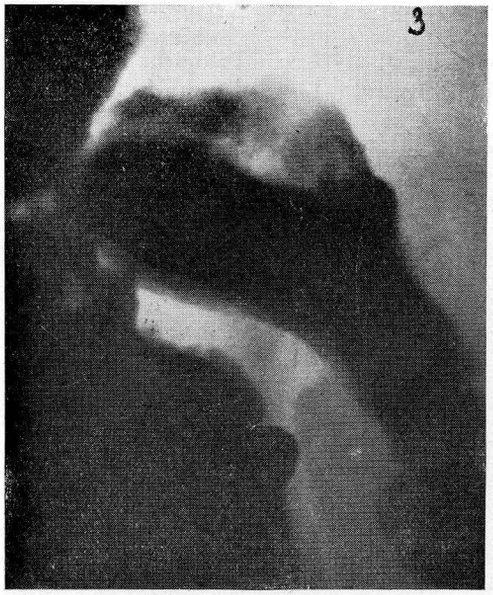


FIGURA 3. — IMAGEN DE DOBLE CONTORNO EN LA PORCIÓN PREESFINTERIANA DEL ÍLEON.

salto», o directos, como el «nódulo de alarma», úlceras aisladas de los contornos y *en face*[7] (PORCHER[8], CHERIGIÉ, HILLEMAND[9], PRÊVÒT[10], etcétera).

CHERIGIÉ e HILLEMAND, en su tratado reciente sobre el intestino delgado, señalan cómo en su experiencia han podido observar en el comienzo de la tuberculosis del íleon terminal, primeramente, un edema de la mucosa y, sobre todo, hipertrofia de las formaciones linfoides; poco después aparece una imagen lacunar grande y aislada, que es el «nódulo de alarma», y posteriormente la úlcera, como ya nosotros habíamos descrito con anterioridad. PRÊVÒT y LASRICH, en su obra sobre exploración radiológica del aparato digestivo, llegan a las mismas conclusiones; en la figura 460 presentan una imagen alveolar difusa, parecida a la que se observa en la ileítis folicular, y en la 461, otra del mismo enfermo, obtenida ocho días después, en la que ha desaparecido ya este aspecto alveolar difuso, quedando una extensa zona del contorno sin plenificar, que corresponde a una gran placa de Peyer. La evolución de estas lesiones se efectúa con gran rapidez; así lo hemos podido comprobar en varios casos y lo vemos en las publicaciones de la literatura; en la magnífica obra de PRÊVÒT, ya citada, se observa en la figura 469 una imagen de aclaramiento preesfinteriana que morfológicamente se identifica con el «nódulo de alarma», sin que existan otros signos de infiltración. En la sección practicada a este enfermo, que padecía una tuberculosis pulmonar desde hacía tres años, existía una úlcera tuberculosa superficial. Es evidente que en el intervalo entre la radiografía y la sección, el folículo linfático o placa de Peyer que daba radiográficamente la imagen nodular se había ulcerado.

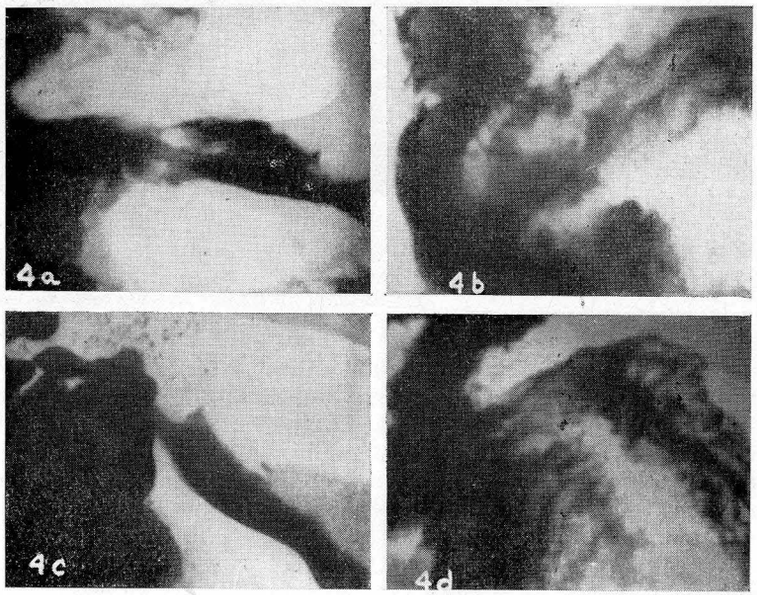


FIGURA 4.—a) NÓDULO EN EL ÍLEON TERMINAL. b) EVOLUCIÓN DESPUÉS DEL TRATAMIENTO: LA IMAGEN ALVEOLAR, SEMEJANTE A LA ILEÍTIS FOLICULAR, c) CONTRACTURA DEL ÍLEON. d) DESAPARICIÓN DE LAS LESIONES.



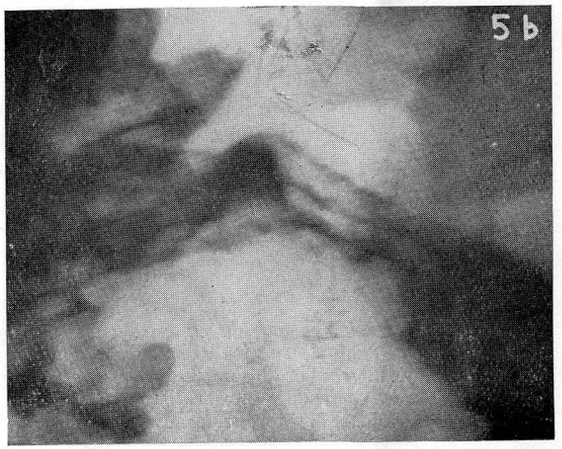


FIGURA 5. — a) DESESTRUCTURACIÓN DEL ÍLEON TERMINAL. b) DESAPARICIÓN DE LAS LESIONES, ADVIRTIÉNDOSE CIERTO GRADO DE RIGIDEZ Y AUSENCIA DE ONDAS PERISTÁLTICAS A ESTE NIVEL DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

Nosotros hemos visto niños con una ileítis folicular que presentaban en la porción preesfinteriana del íleon un nódudo, que destacaba por su mayor volumen; días después, en estos dos casos apareció una lesión tuberculosa del pulmón. BÖHM[11], en un estudio histológico muy detallado de una pieza de resección (hiperplasia difusa del tipo de la enteritis folicular en el íleon terminal), demostró cómo sólo existía tuberculosis en uno de los nódulos, siendo la hipertrofia de los restantes folículos linfoides inespecífica. BÖHM piensa que esta reacción hipertrófica de los nódulos linfáticos sería de carácter alérgico, frente a la infección tuberculosa. Nosotros pensamos, igualmente, que la acción hipertrófica de los nódulos linfáticos sería de carácter alérgico frente al bacilo tuberculoso, y creemos que esta imagen la encontraremos en los niños y jóvenes con primoinfección tuberculosa, principalmente, siendo muy difícil de juzgar en los niños, por presentar éstos frecuentemente una hiperplasia linfoide, difusa, sin valor patológico.

Siguen teniendo valor para el diagnóstico precoz de la tuberculosis intestinal

las alteraciones del esfínter descritas por FLEISCHNER [12] y el síndrome de compresión del esfínter descrito por nosotros [13] en la tuberculosis de la porción preesfinteriana del íleon terminal, y el descrito por DE BUSSCHER [14], pequeñas zonas sin plenificar que corresponden a las úlceras «espacios vacíos».

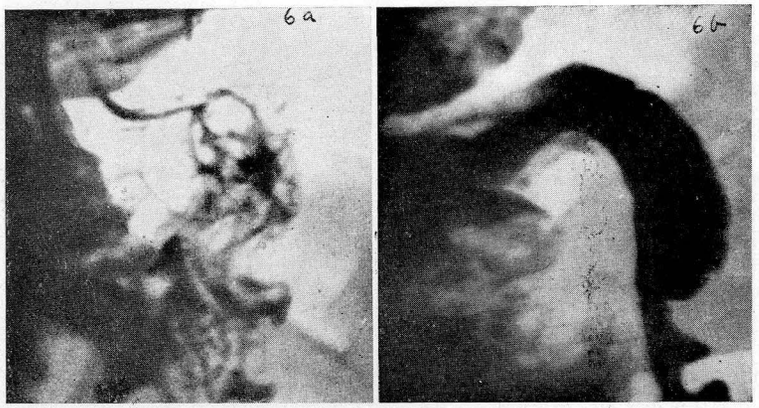


FIGURA 6. — a) NÓDULO DE ALARMA. b) RIGIDEZ Y DISMINUCIÓN DE LA PLENIFICACIÓN DEL CONTORNO SUPERIOR DEL ÍLEON DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

Dando su justo valor a todas las alteraciones mencionadas, el diagnóstico de la tuberculosis del íleon terminal no ofrece dificultades, siendo muy útil, en los casos en que se presentan lesiones radiológicas de difícil filiación, el empleo de la terapéutica antituberculosa, con lo que las lesiones retroceden en poco tiempo, a veces totalmente; otras, dejando alguna pequeña deformidad del tipo de retracción en forma de onda en un contorno o disminuyendo la distensibilidad del asa.

RESUMEN

Describe la evolución sufrida en estos años, en enfermos tuberculosos con lesiones intestinales del íleon terminal, en donde antes se hallaban lesiones inflamatorias específicas, y en los cuales hoy, merced a la terapéutica con estreptomicina, PAS e isoniacidas, las lesiones cecales retroceden dejando únicamente algunas deformidades retráctiles o disminución en la distensibilidad del asa, comprobables con el estudio radiográfico seriado.

BIBLIOGRAFÍA

1. MASSON, BROMBART, M., y BODART, P.: Comunicaciones al II Tagung der Deutsche Gesellschaft für verdauungs und Stoffwechselkranhheiten. Kassel, 1959.
2. MARINA FIOL, C.—«Nouveaux aspects cliniques et radiologiques de la tuberculose intestinale». *Gastroenterología*, 92, 16, 1959.
3. ROTHER, J.—«Darmtuberkulose, diagnose und Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Röontgendiagnose.» *Ergeon. ges. Tuberk. Forsch.*, 8: 252, 1936.
4. MARINA FIOL, C.—«Consideraciones sobre el diagnóstico y clínica de la tuberculosis intestinal.» *Rev. Clín. Esp.*, 7, 379, 1942.
5. — y MORALES PLEGUEZUELO, M.—Die ileitis regional als syndrome. XX Tagung der Deutsche Gesellschaft für verdauungs und Stoffwechselkrankheiten. Kassel, 1959.

6. HILLEMAND, P.; CHERIGIÉ, E., y BLAISEL, P.—«Tuberculose intestinale et antibiotiques.» *Annales de Radiologie*, 1, 461, 1958.
7. MARINA FIOL, C.—«El diagnóstico de la tuberculosis intestinal en su comienzo.» *Rev. Clín. Esp.*, 11, 81, 1943.
— ALIX, J., y MÚGICA, J.—«Diagnóstico de la tuberculosis por el estudio radiológico seriado del íleon terminal.» *Rev. Clín. Esp.*, 19, 377, 1945.
8. PORCHER, P.; BUFFARD, P., y SOUVEGRAIN, J.—«Radiologie clinique de l'intestin grêle.» Ed. Masson. París, 1954.
9. CHERIGIÉ, E.; HILLEMAND, P.; PROUX, CH., y BOURDON, R.—«L'intestin grêle. Expansion Scientifique Française.» París, 1957.
10. PRÊVÒT, R., y LASSRICH, M. A.—«Röentgen diagnostik des Magen-Darmkanals.» Thieme. Stuttgart, 1959.
11. BÖHM, F.—«Untersuchungen über die tuberkulose der Dünndarmes.» Ed. Thieme. Stuttgart, 1950.
12. FLEISCHNER, F.—«Die Darmtuberkulose im Röntgenbild.» *Ergebn. med. Strahlenforsch.*, 3, 360-423, 1928.
13. MARINA FIOL, C.—«Estudio radiológico del intestino delgado.» Ed. Paz Montalvo. Madrid, 1949.
14. DE BUSSCHER, G.—«Les maladies de l'intestin grêle.» Ed. Erasme. Bruselas, 1955.

Publicado también en «Rev. Esp. de las enf. del Ap. diges. y de la Nutrición», núm. 1, 1960. Madrid.

Domicilio: Velázquez, núm. 28. Madrid.

Publicado también en *«Revista Española de las Enfermedades del Aparato digestivo y de la Nutrición»*, núm. 1, 1960. Madrid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960

SOBRE LA REMISIÓN DE LA LEUCEMIA

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRÓ

ALICANTE

En la leucemia humana, enfermedad de etiología viral (MAS Y MAGRÓ, 1951), cada día son más frecuentes los casos de remisión completa o de una prolongación de la enfermedad al estado de latencia, no sólo en sus formas iniciales o los llamados estados preleucémicos o criptoleucemias, en que en su mayor parte remiten sin que muchas veces, en la mayoría de los casos, hayan sido diagnosticadas, ya que en estos enfermos nada nos hace sospechar dicha afección y, por lo tanto, no nos inducen a practicar una punción esternal, pero que, sin embargo, una simple investigación hematológica realizada por el método de las peroxidasas nos indicaría la presencia de promielocitos atípicos en una proporción de 3 a 5 por cien, indicando con toda precisión que nos encontramos ante una criptoleucosis. Desgraciadamente, no sé por qué causa, no se practica esta sencilla investigación con más frecuencia, con lo cual pasan casi un 90 por ciento de casos sin diagnosticar exactamente la enfermedad y en su mayoría curan espontáneamente y sólo en algunos de ellos, si existe cierta labilidad del organismo o interviene una infección intercurrente de etiología viral, se desencadena entonces la enfermedad leucémica, ya en su forma aguda o crónica, en virtud del «fenómeno de interferencia viral», de MAS Y MAGRÓ, dependiendo la forma de leucemia de la intensidad del virus intercurrente o de la actividad más o menos intensa del virus leucémico. Por tanto, si dicha actividad es intensa, se desencadenaría una leucemia aguda o, por el contrario, si la virulencia es escasa puede ocurrir que continúe en estado preleucémico, ahora más activado, llegando al cabo de varios años a la formación de una leucemia crónica.

A propósito de esto he de citar un caso interesante de un enfermo visto por primera vez en 1922 y que presentaba un cuadro difuso de astenia, palidez, pérdida de la memoria, insomnio, inapetencia y que él aseguraba ser debido a ciertas preocupaciones y sufrimientos morales que había tenido. La exploración clínica fue negativa, presentando una cifra de eritrocitos normal y una ligera leucopenia. La fórmula leucocitaria presentaba: neutrófilos, 57 por ciento; linfocitos, 22 por ciento; *monocitos*, 15 por ciento, y metamielocitos, 4 por ciento. Por entonces no se practicaba la reacción de peroxidasas, por lo cual fue imposible valorar exactamente esta monocitosis. En el transcurso de los años siguió haciendo vida normal, con algunas alternativas de palidez, astenia, etc., a temporadas, hasta que en septiembre de 1953, casi más de treinta años después, volvió a la consulta aquejado de una serie de crisis diarréicas, tipo disenteriforme, con dolores agudos en miembro inferior derecho, febrícula de 37'4, cefalea, ligera palidez, astenia, opresión retroesternal y algunas lipotimias. Sin

hipertrofia de bazo. Cifra normal de eritrocitos y con 23,800 leucocitos por mm. c. Fórmula leucocitaria por el método de peroxidasas: Neutrófilos, 22 por ciento; mieloblastos, 12 por ciento; paramieloblastos, 9 por ciento, y linfocitos, 57 por ciento.

Por eso creemos debe realizarse con mucha más frecuencia la reacción de peroxidasas, ya que de esta forma se diagnosticarían más leucemias en su fase inicial y, por lo tanto, serían más fácilmente detenidas con un tratamiento adecuado, evitando toda medicación, que más bien perjudicaría produciendo la eclosión de la enfermedad. En las leucemias agudas, con un interrogatorio bien dirigido nos es posible encontrar con facilidad la causa desencadenante, casi siempre consecutiva a un proceso infeccioso de etiología viral, como, por ejemplo, una simple afección gripal y sin tener en cuenta las leucemias provocadas por un tratamiento prolongado o masivo de sulfamidas o piramidón, que ya entran en el cuadro de leucemias químicas. También los traumatismos, fracturas óseas de los grandes miembros, pueden desencadenar leucemias agudas, pero a condición de que el organismo esté ya infectado por el virus en estado de latencia.

En el tratamiento de las leucemias, existe un factor muy importante, que es el pesimismo, que a nada conduce, que hay alrededor del enfermo, que más bien nos lleva a fracasos que a éxitos, ya que inhibe un tratamiento a fondo de la afección. Afortunadamente, hoy día, son muchos los investigadores que son más optimistas con relación a esta enfermedad. A propósito de esto creo interesante citar un trabajo aparecido en la revista «Archivos del Hospital Universitario», de La Habana, Cuba, del doctor MACIAS CASTRO, referente al tratamiento de la leucemia aguda. Dice así: «El tratamiento de la leucemia aguda ha sufrido un progreso bastante marcado en los últimos años. Muchos pacientes obtienen remisiones completas de su enfermedad prolongando de una manera notable la duración de la vida. Es igualmente admirable el hecho de que el tiempo que se ha logrado prolongar la vida de estos pacientes ha sido manteniéndolos libres de molestias y en ocasiones permitiéndoles una actividad casi completa. Es necesario insistir sobre el hecho de que el diagnóstico de leucemia aguda en un paciente no debe ir seguido de una actitud de tal pesimismo que se renuncie por parte del médico y los familiares a intentar todo tratamiento y se abandone al enfermo a su propia suerte...».

Realmente esto es una triste realidad y ocurre con bastante frecuencia; precisamente nosotros hemos tenido más éxito cuando el médico de cabecera, que es el que debe vigilar al enfermo, se ha percatado bien de la inutilidad de tal pesimismo y ha colaborado con nosotros. En cambio, otros muchos enfermos no hemos podido controlarlos bien y hemos perdido el contacto con ellos precisamente por ese pesimismo.

En nuestra casuística tenemos un gran número de enfermos desde hace más de diez años que realizan una actividad y una vida normal, claro es que siempre bajo el control hematológico periódico realizado por nosotros. Respecto a la leucemia aguda, hace unos años tuvimos un caso muy interesante de un joven de 18 años afecto de una leucemia mieloblástica aguda en el que el pesimismo imperante no le daba más de quince días de vida. Nosotros logramos una supervivencia de más de un año, a pesar de tratarse de un caso de gravedad extrema y con un estado intenso de diatesis hemorrágicas. Al cabo de un año, una afección gripal banal, precisamente en la epidemia que hubo hace algunos años, provocó un desenlace fatal.

En las leucemias, tanto agudas como crónicas, con cifra baja de eritrocitos, aproximadamente de 4.000.000 por mm. c. para abajo, es muy importante man-

tener siempre elevado el número de eritrocitos, ya que la actividad del virus leucémico aumenta conforme desciende dicha cifra. Las transfusiones de sangre deben ser repetidas y a pequeñas dosis, ya que las dosis masivas son menos útiles y algunas veces, si no siempre, producen un estado de sideración de la función defensiva del sistema histiocitario.

La pauta a seguir es practicar una transfusión diaria de 200 c. c., en los adultos, *por transfusión directa*. En los niños pueden reducirse las dosis de 60 a 10 c. c., según la edad. La sangre debe ser fresca, ya que no sólo se desea elevar el nivel de los eritrocitos, sino actuar sobre la enfermedad por el efecto antiviral que tiene esta sangre (MAS Y MAGRÓ, 1951), ya que siendo reciente posee el llamado «factor antileucémico», de algunos autores, que no es ni más ni menos que la propiedad antiviral, indicada antes, que tiene el suero y que destruye al virus leucémico.

Por eso debe rechazarse en absoluto el empleo de sangres conservadas o citratadas, ya que están desprovistas por completo de este factor y, por lo tanto, su efecto sería nulo, y más aún serían perjudiciales, sobre todo, si el enfermo tiene tendencia a hemorragias, en cuyo caso está todavía más indicada la sangre fresca por su poder antihemorrágico.

Son muchos los años que estamos insistiendo sobre la transfusión directa, ya que en muchos casos se nos ha creado verdaderas dificultades, precisamente por creer que es lo mismo una sangre que otra. Comprendo que es mucho más cómodo utilizar un frasco, pero si para otros fines está bien, en cambio no son convenientes cuando se trata de una leucemia.

En un caso de una enferma de leucemia linfoide crónica, en fase de activación, con 2.200.000 eritrocitos por mm. c., indicamos la necesidad de efectuar transfusiones directas, pero en realidad fue utilizada sangre conservada. Al cabo de unas quince transfusiones a dosis de 200 c. c. diarias, apenas se elevó la cifra de los eritrocitos; sin embargo, posteriormente, con seis transfusiones de sangre directa, a las mismas dosis, se elevó la cifra a cerca de cuatro millones. Dato bien demostrativo y que además mejoró mucho su estado general y apetito.

Afortunadamente va entrando por fin la realidad, y son muchos ya los que se han percatado de la utilidad de las transfusiones directas en la leucemia.

Nos hemos apartado algo sobre el tema de este trabajo, pero es que he querido hacer hincapié sobre esto, ya que se trata de la base fundamental del tratamiento de las leucemias. Nosotros hemos logrado remisiones muy interesantes, llegando incluso, algunas veces, a reducir el tamaño del bazo.

En la bibliografía hay numerosos casos de leucemia con verdaderas remisiones, como el citado por SCHULZ, de una mujer diagnosticada de linfosis, con 250.000 leucocitos por mm. c., con una remisión de unos cuatro años y al cabo de ellos murió de una cirrosis hepática. Durante la autopsia se le practicó una punción esternal, no encontrándose ninguna manifestación de la enfermedad del sistema linfático. OLMER y MURISASCO citan el caso de una mujer de 17 años que padecía una leucemia mieloide aguda que tratada con hemoterapia, antibióticos y prednisona se produjo una remisión completa que persistía al cabo de cuatro años. YOSHIKZU MARUNO cita un caso de una niña de seis años, con fiebre de 39° durante un mes, con 1.360.000 eritrocitos por mm. c. y 17.000 leucocitos por mm. c.; neutrófilos, 11'2 por ciento; micromieloblastos, 25'6 por ciento; linfocitos, 62'2 por ciento. Sin adenopatías y bazo palpable. Después de dos meses de tratamiento desaparecen las células inmaduras en sangre periférica. A los tres meses la punción esternal es normal. La niña muere posteriormente en una transfusión, por shock. En la autopsia no se encuentran signos de leucemia. KONCHALOVSKAYA cita dos casos de leucemia mieloblástica en completa remisión después de un tratamiento

de antibióticos y transfusiones de sangre. BIERNMAN, TOUSECK, WALTER, REICH, GERARD, HRODEK, etc., citan también numerosos casos de remisiones completas de leucemia.

E. WEIL y colaboradores expresan la opinión, según la cual la leucemia linfática de los viejos suele curar; en los casos de muerte se debe a una enfermedad intercurrente. Este autor expone un caso referente a un hombre de setenta y cinco años, afecto de leucemia linfática, cuya evolución, desde su observación clínica, fue de diez años. La misma leucemia granulocítica, según numerosos autores, podía ser considerada como una forma de remisión de la mielosis crónica o aguda.

Entre nuestra casuística hemos seleccionado algunos casos de leucemia, tanto mieloide como linfoide, haciendo constar solamente los datos de la exploración y las investigaciones hematológicas realizadas.

CASO N.º 1. — Mujer de 17 años. Fecha de la primera exploración: 12-11-1955.
Esplenomegalia, bazo sobrepasa dos traveses dedo del reborde costal. Astenia, febrícula. Eritrocitos por mm. c., 4.400.000; leucocitos por mm. c., 179.200; plaquetas, 280.000. Tiempo de coagulación, ocho minutos (normal). Fórmula hematológica: Neutrófilos, 60 por ciento; mieloblastos, 17 por ciento; paramieloblastos, 4 por ciento; micromieloblastos, 3 por ciento; promielocitos neutrófilos, 8'6 por ciento; mastzellen, 3'4 por ciento; linfocitos, 4 por ciento. Leucemia mieloide crónica.
Medicación exclusivamente con transfusiones de sangre directas, antibióticos y prednisona.
Abril 1956: Buen estado general, buen apetito. Leucocitos, 57.000 por mm. c. Apirexia.
Abril 1957: Buen estado general, realiza vida normal. Leucocitos, 31.000 por mm. c.
Junio 1958: Completamente normal. Leucocitos, 13.200 por mm. c.
Fórmula leucocitaria: por el método de Giemsa, normal. Por el método de peroxidasa indica la presencia de 3 por ciento promielocitos atípicos. Hasta el presente continúa la normalidad.

CASO N.º 2. — Hombre de 57 años. Fecha de la primera exploración: 19-9-1957.
Astenia, febrícula, adenopatía axilar. Eritrocitos por mm. c., 4.000.000; leucocitos por mm. c., 52.200. Fórmula hematológica: Neutrófilos, 7 por ciento; linfocitos, 92 por ciento; linfoblastos, 1 por ciento. Leucemia linfoide crónica.
Diciembre 1957: Mejora el estado general. No febrícula. Muy disminuídas las adenopatías. Recuento leucocitario y fórmula por el estilo. Desde entonces hasta el presente se encuentra perfectamente normal, sin astenia y haciendo vida normal.

CASO N.º 3. — Mujer de 30 años. Fecha de la exploración: 5-12-1957.
Sin esplenomegalia ni adenopatías. Febrícula, astenia y palidez. Eritrocitos por mm. c., 4.800.000; leucocitos por mm. c., 4.200. Fórmula hematológica: Neutrófilos, 57 por ciento; eosinófilos, 1 por ciento; mastzellen, 0'6 por ciento; linfocitos, 30 por ciento; mieloblastos, 10 por ciento; micromieloblastos, 1'4 por ciento. Leucemia mieloide crónica.
Septiembre 1958: Estado general, bien. Sin febrícula, sin palidez y sin astenia. Leucocitos por mm. c., 6.200. Fórmula hematológica: Neutrófilos, 64 por ciento; eosinófilos, 0'2 por ciento; linfocitos, 0'2 por ciento; linfocitos, 33 por ciento; mieloblastos, 2'4 por ciento; micromieloblastos, 0'4 por ciento.
Mayo 1959: Completamente normal de estado general. Vida normal. Leucocitos por mm. c., 10.000. Fórmula hematológica: por el estilo de la anterior: pero con sólo 2 por ciento de mieloblastos. Es dada de alta.

CASO N.º 4. — Hombre de 61 años. Primera exploración: 31-9-1958.
Febrícula, astenia, adenopatía axilar. Eritrocitos por mm. c., 5.280.000; leucocitos por mm. c., 96.000. Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 21 por ciento; linfocitos, 73 por ciento; linfoblastos, 6 por ciento. Leucemia linfoide crónica.
Marzo 1959: Buen apetito, sin astenia, sin febrícula, aumento de peso. Buen estado general. Leucocitos por mm. c., 27.800. Fórmula leucocitaria: Neutrófilos, 56 por ciento; linfocitos, 41 por ciento; linfoblastos, 3 por ciento. Persiste la mejoría.

En *resumen*, es muy probable que la leucemia humana sea reversible, esto es, curable en cierto número de personas contagiadas, tal como se produce en otras virasis, como la poliomielitis aguda, no siendo improbable la existencia de personas resistentes al contagio por los virus de la leucemia, ya que BERNARD ha constatado que la sangre de ciertas personas tendría propiedades antileucémicas, pro-

duciendo cierta inmunidad. Si esto es una realidad, nos preguntamos: ¿Por qué la leucemia no es curable, si no en todos los casos, al menos en una gran parte de ellos? Si la acción del virus específico no conduce siempre a la muerte, ¿intervendría otro factor, por ejemplo, el agotamiento producido por las metaplasias o el déficit de las defensas del organismo causado por las mismas metaplasias?

RESUMEN

Se llama la atención sobre el hecho de observación, cada vez más frecuente, de casos de leucemia que remiten completamente, y de otros en que la enfermedad vuelve a su fase de latencia o a sus formas iniciales.

Estos estados pueden diagnosticarse fácilmente por simple investigación hematológica, realizada por el método de las peroxidasas, que indicarían la presencia de promielocitos atípicos en una proporción de tres a cinco por cien, señalando nos encontramos ante una criptoleucocitosis.

Se insiste en la etiología viral de esta afección y, sobre todo, en que la cifra baja de eritrocitos, tanto en las leucemias agudas como crónicas, debe siempre reponerse mediante repetidas transfusiones de sangre directa, ya que la actividad del virus leucémico aumenta conforme desciende la cifra de glóbulos rojos.

Recomienda la transfusión sanguínea repetida y a pequeñas dosis; 200 c. c. en los adultos, y 10 a 60 c. c. en los niños, por la actividad antiviral que tiene el suero y que destruye al virus leucémico.

Aporta, en apoyo, algunas observaciones de su casuística.

BIBLIOGRAFÍA

1. BARANOV, V. I., and CHERNYAKOTA, T. A.—«The duration of remission in chronic Myeloleukemia.» *Terapevticheskii Arkhiv*, 29 (2); 38-43-1957.
2. BIERMAN, H. R.; CRILE, K. S.; DOD, K. H.; KELLY, N. L.; BETRAKIS, L. P.; WHITE and SHIMKIN.—«Remission in leukemia of Childhood Following acute infection disease.» *Cancer*, 6 (3): 591-605-1953.
3. GERARD, J. V.—«Over de remissie in the acute leukaemie.» Edit. Brill, Leiden, 1954.
4. HRODEK, O.; JENELE, J.; MITERA, M., and VESELY, J.—«Novejsy pokusy o vyvolavani remisi u akunich leukemii.» Casopis lekaru ceskych, Praga, 93 (34): 917-921-1954.
5. KMNCHALOVSKAYA, N. M.—«Remission in acute leukosis.» *Sovetskaya Meditsina*. Moscou, 21: 56-61-1957.
6. LASSEN, H. C., and SUN KRISTENSEN, H.—«Remission in chronic myeloid Leukamia.» *Danish Medical Bulletin*. 6-252-255-1959.
7. MACIAS CASTRO, I.—«Consideraciones sobre el tratamiento de la leucemia aguda.» *Archivos del Hospital Universitario*, La Habana, Cuba. Vol. XI, núm. 2. 128-131-1959.
8. MAS Y MAGRÓ, F.—«La leucemia.» Edit. Morata, Madrid, 1955.
9. MAS Y MAGRÓ, F.—«Diagnóstico de la leucemia.» Ed. Científico-Médica. Marcelona, 1954.
10. MAS Y MAGRÓ, F.—«Contribución del método de las peroxidasas al diagnóstico de las leucemias mieloides en latencia.» *Clínica y Laboratorio*, 68-407-412-1959.
11. OLMER, J., et MURSASCO, A.—«Remision in acute leukemia.» *Presse Medicale*, 65-91-2.057-2.058, 1957.
12. POLITZSCH, D.—«Children in remission from leukemia.» *Kinderärztliche* Praxis. 27-129-133-1959.
13. REICH, C.—«Apparent recovery in chronic lymphocytic leukemia.» *American Medical. Ass. Journal*, 170-169-171-1959.
14. SCHULTZ, O.—«Cure o remission of a lymphatic leukemia.» *Sammlung Seltener Klinischer Fälle*, Berlín, 15-39-43-1958.
15. TOUSEK, M.—«Uplna remise u akutni leukemie.» *Casopic Lekaru Ceskych*. 94-963-965-1955.
16. TADEUSZ, S.—«Remission in the course of chronic leukemia brought about complication with a virus-hepatitis.» *Sangre*, 4-61-64-1959.
17. YOSHIKAZU MARUNO.—«Spontaneus remission in acute subleucemic micromyeloblastic leukemia. Raport of a case.» *Anales Paediatrici Japonici*. Kyoto, 77-82-1956.
18. WALTER, L. H.; SZUR, L., and LEWIS, S. M.—«Prolonged remission in chronic lymphatic leukaemia.» *Britisch Medical Journal*, London, 859-862-1958.
19. WETHERLY-MEIN, G., and COTTOM, D. C.—«Fresch Blood transfusion in leukaemia.» *British Journal of Hematology*, 2-41-43-1956.

Dirección: P. Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
CATEDRÁTICO: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

ACCIÓN DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO SOBRE LA COLESTEROLEMIA DEL CONEJO

POR

DULA NAVARRO CASTRO

LIMA (PERÚ)

En los últimos tiempos se realizaron trabajos de vital importancia, fisiológicos y bioquímicos, estudiando las hormonas de la hipófisis, que desempeñan múltiples actividades en el mantenimiento de la salud.

Pero antes de los estudios experimentales, PIERRE MARIE fue quien describió, en 1886, la acromegalia, y BABINSKI y FROELICH, en 1900 y 1901, respectivamente, quienes observaron casos de enanismo por lesión hipofisaria y síndrome adiposo genital por tumor de la hipófisis.

La detención del crecimiento por la hipofisectomía se comprobó primero en el perro, pero fue observado antes por CASELI, y luego bien demostrado y estudiado, entre 1909 y 1912, por ASCHNER, CUSHING y sus colaboradores, y ASCELI y LEGNANI en 1916. BERNARDO A. HOUSSAY, de Buenos Aires, inició en 1918 los experimentos que le condujeron a descubrir la diabetes hipofisaria.

Los trastornos que siguen a la falta de la hipófisis dieron lugar a mucha controversia, discutiéndose si se debían a la hipófisis o a lesiones del hipotálamo, pronunciándose CAMUS y ROUSSY, entre 1903 y 1922, a favor del hipotálamo, con la salvedad en lo que respecta a la función del crecimiento, punto en el que no llegaron a conclusión definitiva.

EVANS y LONG demostraron, en 1921, que la inyección repetida de lóbulo anterior de hipófisis produce aceleración del crecimiento de la rata que puede terminar en gigantismo; BENDICT, PUTMAN y TEEL, en 1929, obtuvieron síntomas acromegaloides en perros sometidos a tratamiento prolongado.

Los estudios de ALLEN y SMITH, desde 1916, sobre batracios, mostraron que la hipofisectomía retrasa el crecimiento. Esto llevó a SMITH a realizar la hipofisectomía en rata, en 1917 y 1930, que abrió ancho campo a la investigación, pues se dispuso de animales abundantes, baratos, con síntomas intensos, fáciles de estudiar en gran número, con evolución de vida rápida. En esta especie animal al extraerse la hipófisis no se lesiona el cerebro o hipotálamo, lo cual permite demarcar los síntomas consecutivos a la hipofisectomía, de los síntomas debidos a lesión hipotalámica.

En este trabajo estudio la acción de la hormona de crecimiento sobre la colesterolemia, y lo desarrollo en las siguientes partes: En la primera, expongo en

forma breve la acción fisiológica de la hormona de crecimiento; en la segunda parte refiero los métodos para determinar colesterolemia, describiendo en forma detallada la técnica de SCHEFTEL que he empleado; y en la tercera parte describo la labor experimental realizada e interpreto los resultados, formulando, por último, las conclusiones y citando al fin la bibliografía consultada.

Mi gratitud al doctor CARLOS BAMBARÉN, Catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, de Lima, por haberme sugerido el tema, orientando la investigación y señalándome la bibliografía que debía consultar.

Agradezco al doctor CARLOS A. PAYVA por la facilidad que me prestó para llevar a cabo la parte experimental y a la Q. F. Srta. VICTORIA VARGAS por su invalorable concurso en las determinaciones colorimétricas.

ACCIÓN FISIOLÓGICA DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO

Los estudios de EVANS, iniciados desde 1921, lograron aislar en estado puro la hormona de crecimiento del lóbulo anterior de la hipófisis, y aunque el crecimiento es un proceso muy complicado que se desenvuelve por influencia de muchos factores intrínsecos y extrínsecos, se admite generalmente, según CANTARROW y TRUMPER [5], que se halla en modo específico bajo la influencia de hormona elaborada por la hipófisis anterior.

La prueba de la existencia de la hormona de crecimiento y su identificación, resultó de la convergencia de diversas comprobaciones clínicas y experimentales puntualizadas por EVANS [7].

La hormona de crecimiento tiene la característica de poseer casi siempre actividad localizada en el mismo o muy próximo territorio tisular, no actuando a distancia, de modo que orienta el trabajo de los metabolitos, en general, con determinada actividad fisiológica, pero sin ninguna especificidad, ni de órgano, ni de territorio orgánico especial, como dice MORROS SARDA [22].

La hormona de crecimiento ejerce acción sobre el metabolismo protídico, con evidente sentido de anabolismo, pues al formarse tejidos nuevos hay retención de nitrógeno, que se manifiesta por disminución de su eliminación por la orina y por variaciones de los ácidos aminados y la urea sanguínea, tal como lo comprobaron BARTLEET y GAEBLER [1], ya que la hormona de crecimiento actúa sobre diversos sistemas enzimáticos, relacionados con el metabolismo nitrogenado, como la transaminasa, que estimula la arginasa hepática.

JAMES CAMPBELL [4] ha comprobado que la administración repetida de la hormona de crecimiento purificada aumenta el volumen sanguíneo, la cantidad de proteínas plasmáticas y fibrinógeno, la velocidad de sedimentación, la leucocitosis, sobre todos los neutrófilos, disminuyendo la protrombina.

Se ha comprobado igualmente que la hormona de crecimiento es capaz de compensar la hipoplasia de la medula ósea, consecutiva a la hipofisectomía, sin que la anemia se haga presente, como dice FRUHMAN [8], dentro de la sangre periférica en sí modificada.

La hormona de crecimiento ejerce, a nivel del hígado, acción estimulante sobre la formación de ácidos aminados, orientando los metabolitos hacia la proteinogenesis para elaborar ácidos aminados. Esta elaboración no puede, evidentemente, alcanzar a los ácidos aminados no indispensables, porque hay un límite que frena la proteinogénesis el aporte alimenticio que proporciona ácidos aminados, como lisina y triftofano, sin las cuales las proteínas tisulares no pueden elaborarse.

Esta acción fisiológica, la proteinogénesis, se intensifica en el curso del crecimiento, del engrasamiento y de la lactancia, cuando el organismo hace reserva protídica.

Cuando el crecimiento ha terminado, por ejemplo, aparece la acción hiperglucémica y entonces la hormona de crecimiento se produce en exceso, sobre todo cuando las acciones hiperglucémicas compensadoras son deficientes. Es entonces que se manifiesta el efecto diabetógeno, que puede resultar, según YOUNG [31], de mecanismos diferentes aislados o asociados.

La hormona de crecimiento ejerce sobre la hexokinasa una acción antagónica de la insulina, porque aquella controla el metabolismo glucídico e indirectamente el metabolismo de todas las sustancias de finalidad energética.

Se ha probado que la somatotropina inhibe la accción de la hexokinasa, que la insulina estimula: antagonismo directo sobre la hexokinasa, o bien ella inhibe la acción estimulante de la insulina sobre la hexokinasa: inhibición de un agente estimulante, de una enzima.

La somatotropina estimula las células beta de los islotes de LANGERHANS, que después agota, provocando su degeneración, reduciendo o anulando la formación de insulina. Entonces, por hegemonía del glucagon, según la secreción de las células alfa, de los islotes de Langerhans del páncreas, predominan.

Por su influjo sobre el metabolismo y el crecimiento corporal y sobre las glándulas endocrinas, la ánterohipófisis es, según HECTOR E. HOUSSAY [12], necesaria para el desarrollo y mantenimiento del individuo en estado normal, formando la hipófisis y los centros vegetativos diencefálicos, el sistema superior al cual está subordinada la función de las demás glándulas endocrinas (cerebro endocrino de Cushing). Las hormonas que elabora tienen diversidad de acciones, casi todas las funciones de la vida vegetativa; su aislamiento tropieza, sin embargo, con grandes dificultades, que hoy día distan mucho de estar resueltas, dada su naturaleza protídica (proteohormonas), e incluso se duda si existen tantas hormonas, pues puede tratarse del mismo compuesto con varias acciones que se ponen o no en evidencia, según el procedimiento seguido en su extracción.

La hipófisis es, pues, órgano endocrino que segrega hormonas, que estimulan la mayoría de las glándulas endocrinas y, en consecuencia, su acción abarca a casi todo el organismo.

TÉCNICAS PARA DETERMINAR COLESTEROL EN LA SANGRE

El colesterol fue conocido en el siglo XVIII, y por primera vez lo extrajeron de los cálculos biliares DOULLETIER DE LA SALLE, en 1762 (citado por PELLETIER y CAVENTOU en 1817), y CONRADI, en 1775. Más tarde, CHEVREUIL, en 1816 [6], dio algunos datos sobre su naturaleza química y su punto de fusión, que señaló ser 137° C, denomina por primera vez «Colesterina» (que en griego significa bilis sólida).

Pero recientemente, en 1833, BOUDET señaló la presencia del colesterol en la sangre como elemento normal, y las primeras cifras fueron dadas a conocer por BECQUEREL y RODIER, en 1844, quienes hallaron concentraciones débiles de colesterol sanguíneo, debido a que éstos, siguiendo las indicaciones de BOUDET, agotaban la sangre con agua hirviendo y por ello las cantidades oscilaban entre 0,10 y 0,25 gramos por mil.

Cuando se empleó el éter sulfúrico como disolvente del colesterol sobre la sangre desecada, fue FLINT, en 1862, quien halló cifras más elevadas, y con el

perfeccionamiento sucesivo de los métodos de extracción introducidos en el siglo pasado y comienzos de éste, desde que HOPPE SEYLERS, ZULKOWSKI, PELUGGE, SOXHLET, utilizaron el éter, cloroformo, alcohol caliente, benceno y acetona para disolver el colesterol de la sangre, hasta que LIEBERMANN y SGEKELY realizaron el primer ensayo de saponificación directa de los lípidos de la sangre y de los tejidos; transcurrieron muchos años hasta que perfeccionó este procedimiento KUMAGAWA y SUTO [17], en 1908.

En 1910, WINDAUS [30] comprobó la propiedad que posee la digitonina de combinarse con el colesterol, formando un complejo insoluble en alcohol y propuso la separación de este precipitado de los extractos etéreos para distinguir las fracciones: libre y esterificada de colesterol.

Casi inmediatamente después aparecieron las técnicas de KLINDERT y de GRIMBERT, LAUDAT y WEILL [10], basados en la propiedad de precipitar el colesterol por medio de la digitonina.

GERARD propuso la combinación del colesterol con el aldehído benzóico, cuyo precipitado es casi insoluble en alcohol frío, pero las cifras de colesterol obtenidas por este procedimiento fueron menores (0,45 a 0,53 por mil) que las que se obtienen con la digitonina.

GRIGAUT [9], en 1910, presentó su admirable tesis «El Ciclo de la Colesterinemia», dando a conocer un método colorimétrico para determinar colesterol en la sangre, aplicando la reacción de LIEBERMANN, conocida desde el año de 1885, y mejorada por BOUCHARD.

MÉTODOS DE DETERMINACIÓN DE COLESTEROL SANGUÍNEO

El *método titrimétrico* precipita el colesterol con solución de digitonina en cantidad exacta y conocida, luego hidroliza el compuesto un ácido y determina las hexosas puestas en libertad. Lo propusieron HALL y LUCAS [14].

Método nefelométrico, que propusieron MUHLFOCK, KAUSMAN y WOLFF. Se hacen comparaciones nefelométricas de enturbiamiento, producido en el líquido que contiene colesterol, con una solución de digitonina.

Método gravimétrico, que lo concibió WINDAUS, y se funda en que el colesterol en solución alcalina forma con la digitonina un compuesto de adición molécula a molécula; este precipitado se valora por gravimetría.

Este método tiene el inconveniente de necesitar mucha sangre (50 c. c., como mínimo), recurrir a balanzas sensibles y ser de técnica delicada, prolija y laboriosa.

Subsanando estos inconvenientes se le ha modificado, haciendo que el digitónido se disocie por medio de piridina, ácido acético glacial y el colesterol libre; se determina colorimétricamente previa separación y no de la digitonina.

Método colorimétrico, que extrae el colesterol por un disolvente apropiado y aprovecha la reacción de Liebermann-Bouchard, empleando anhídrido acético y ácido sulfúrico, para que se produzca un cromógeno verde, que puede compararse con el color producido por una solución conocida de colesterol.

Entre las técnicas de este método, menciono la de GRIGAUNT [2], que hace uso de un extracto étero-alcohólico sodado, la de SACKETT [16], la de MYERS y WARDELL [15] modificada por OSER y KARRER, que exige mucho tiempo para que la sangre se deseque sobre yeso o sobre sulfato de sodio anhídro y se haga la extracción en caliente del colesterol con cloroformo; lo hace inaplicable a las necesidades clínicas, donde es necesario muchas veces realizar simultáneamente gran

número de determinaciones en serie; la de BLOOR [24], que determina todas las fracciones de lípidos por oxidación de los extractos con ácido crómico, es de técnica larga y prolija, pero exacto; la de BRAIER [2] y CHOELA [3], la de SCHOEMHEIMER y SPERRY [11], que emplean como disolvente alcohol acetona; la de MATA MANUEL [20], cuya técnica fue aplicada en el Perú por JULIA MERCADO REYNA [21]; la de BERNARDI KANLET [28]; la de SOLS [29]; la de SCHEFTEL [27], que es la empleada y por lo cual la describo en seguida.

TÉCNICA DE SCHEFTEL

Fundamento.—Se basa en la extracción del colesterol sanguíneo, por medio de la mezcla alcohol-acetona, y la reacción de Liebermann-Bouchard (con ácido sulfúrico y anhídrido acético), con la que el colesterol da color verde, que se aprecia en el fotocolorímetro.

Material.

Tubos de centrífuga graduados.
Vasos de bohemia de 25 c. c.
Cocina eléctrica.
Fotocolorímetro.
Pipetas.

Reactivos.

1. Mezcla de alcohol-acetona a partes iguales de alcohol de 95° y acetona Q. P.
2. Cloroformo Q. P.
3. Acido acético Q. P.
4. Anhídrido acético Q. P.
5. Acido sulfúrico concentrado Q. P.
6. Solución stock de colesterol, que contenga 4 mg. en 25 c. c. de cloroformo.

Preparación de solución stock de colesterol.—Se pesan 4 mg. de colesterol químicamente puro Merck, y se llevan a una fiola de 25 c. c. de capacidad, luego se completan hasta el enrase con cloroformo anhidro.

Un c. c. de esta solución corresponde a 0,16 mg. de colesterol.

Preparación de la solución standard.—Se tomaron tubos de fotocolorímetro, limpios y secos, y se colocaron en ellos 1, 2, 3 y 4 c. c., etc., de la solución stock de colesterol; luego se les llevó a un volumen de 5 c. c. con cloroformo. Se agregó los reactivos, en condiciones y cantidades indicadas en la técnica de Scheftel, dejándolas en reposo y sitio oscuro, por veintisiete minutos.

Luego se apreció el color formado por medio del fotocolorímetro de Klett-Summersen, haciendo uso del filtro 650 m/u.

Cálculo para hallar el factor.—Se hizo teniendo en cuenta la fórmula del fotocolorímetro.

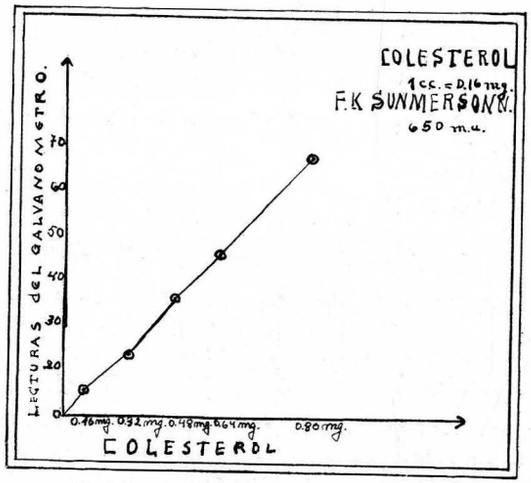
$$\frac{\text{Concentración standard}}{\text{Densidad}} = \text{Factor}$$

Método operatorio.—Se procede de la siguiente manera: Extraer 4 c. c. de sangre y separar el suero en un tubo y pasarlo a un tubo graduado de centrífuga, conteniendo 4 c. c. de la mezcla alcohol-acetona; agitar con una varilla de vidrio sin sacarla del tubo, someter a la ebullición unas tres veces, evitando que

se derrame. Se deja enfriar y se completa con alcohol-acetona hasta 5 c. c., lavando la varilla de vidrio; se centrifuga a reducida velocidad, se decanta el líquido y de éste se toman 3 c. c. en un vasito de bohemia y se evaporan sobre una plancha metálica, cuidando que no se carbonice. Al residuo se le agrega 3 ó 4 c. c. de cloroformo, evaporando en la plancha hasta más o menos la mitad del líquido; se trasvasa a un tubo de centrífuga graduado; la operación del lavado se repite dos o tres veces, con menos cantidades de cloroformo, hasta completar 5 c. c. Se agrega a dicho tubo 1 c. c. de ácido acético, 2 c. c. de anhídrido acético y 0,2 de ácido sulfúrico, procurando mezclar bien después de cada adición de reactivo. Se deja en reposo veintisiete minutos en sitio oscuro, luego se procede a la apreciación del color en el fotocolorímetro y se convierte la trasmisión en densidad según las tablas conocidas (44 a).

$$C = \text{Factor} \times \text{Densidad} \times \frac{100}{0{,}3}$$

CURVA DE STANDARD



Solución standard en c. c.	Concentración de colesterol en mg.	Lecturas standard	Factor correspondiente a las lecturas
1	0.16	16	0.0010
2	0.24	24	0.0014
3	0.48	37	0.0013
4	0.64	47	0.0013
5	0.80	69	0.0011

FACTOR = 0.0012

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los experimentos se han realizado en conejos, por ser animales tranquilos, permitiendo tomar la muestra de sangre en cualquier momento.

Los conejos fueron seleccionados, escogiéndolos en buen estado de nutrición y suficientemente grandes.

COLESTEROL TOTAL EXPRESADO EN MG. %

RESULTADOS OBTENIDOS EN CONEJOS HEMBRAS QUE RECIBIERON 1, 2 y 3 c. c. DE HORMONA

PRIMER LOTE

EXPERIMENTOS CON CONEJOS HEMBRAS			1 h	2 h	5 h	8 h	10 h	12 h	24 h	48 h	MAXIMO AUMENTO	
Conejo N.o	S. H.	C. H.									D	%
1	220	1 c. c.	244	252	272	284	288	300	276	200	80	36
Peso: 3 Kg.		2 c. c.	252	276	289	296	316	324	337	312	112	51
		3 c. c.	264	280	292	300	312	328	336	324	116	52
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
2	216	1 c. c.	240	248	260	276	284	288	264	228	72	33
Peso: 3 Kg.		2 c. c.	248	268	276	300	312	320	324	308	108	50
		3 c. c.	268	276	284	304	320	324	332	316	116	53
Conejo N.o	S. H.	C. H										
3	212	1 c. c.	240	252	256	268	280	284	260	224	72	33
Peso: 3 Kg.		2 c. c.	248	264	272	288	300	328	332	300	120	56
		3 c. c.	256	268	280	296	308	336	348	320	136	64
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
4	184	1 c. c.	212	224	244	260	268	280	248	212	96	52
Peso: 2.500 g.		2 c. c.	244	260	263	280	296	316	324	292	140	76
		3 c. c.	248	264	276	284	304	320	340	308	156	84

NOTA: D = Diferencia.
E. S. = Error standard.

He hecho cuatro series de experimentos, en conejos de 2'250 kgr. de peso promedio, teniendo en consideración el sexo, sometidos a dieta consistente en granos y verduras y en condiciones de vida similar.

La primera serie de experimentos se efectuó en un lote de cuatro conejos hembras, a los cuales se les administró por vía intramuscular solución inyectable de Hormona Somatotropa, a la dosis de 1, 2 y 3 c. c. a cada uno de ellos.

COLESTEROL TOTAL EXPRESADO EN MG. %

RESULTADOS OBTENIDOS EN CONEJOS HEMBRAS
QUE RECIBIERON 1, 2 y 3 c. c. DE HORMONA

SEGUNDO LOTE

EXPERIMENTOS CON CONEJOS HEMBRAS			1 h	2 h	5 h	8 h	10 h	12 h	24 h	48 h	MAXIMO AUMENTO	
Conejo N.o	S. H.	C. H.									D	%
5	180	1 c. c.	200	208	224	240	252	268	240	204	88	48
Peso: 2.500 g.		2 c. c.	212	228	248	272	288	304	312	276	132	73
		3 c. c.	232	244	260	280	296	308	316	288	136	75
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
6	172	1 c. c.	188	204	216	232	252	260	240	212	88	51
Peso: 2.500 g.		2 c. c.	208	220	240	264	276	292	300	272	128	74
		3 c. c.	228	236	252	272	296	304	208	280	136	79
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
7	144	1 c. c.	172	180	196	216	228	248	220	184	104	72
Peso: 2.500 g.		2 c. c.	188	196	212	224	244	268	284	252	140	97
		3 c. c.	204	216	236	248	268	284	288	272	144	100
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
8	136	1 c. c.	160	172	192	208	220	236	208	176	100	73
Peso: 2.500 g.		2 c. c.	168	184	204	224	236	248	264	232	128	94
		3 c. c.	193	204	216	200	252	272	292	256	156	114

NOTA: D = Diferencia.
E. S. = Error standard.

La segunda serie de conejos, compuesto por el mismo número de animales, se les inyectó igual cantidad que la anterior y por la misma vía.

El tercero y cuarto lote, formado por ocho conejos machos, recibieron 1, 2 y 3 c. c. de hormona, por la vía mencionada líneas arriba.

La extracción de la sangre se efectuó de la vena marginal de la oreja, siguiendo las técnicas ya conocidas.

La primera extracción se realizó en ayunas, ya que en estas condiciones la

COLESTEROL TOTAL EXPRESADO EN MG. %

RESULTADOS OBTENIDOS EN CONEJOS MACHOS
QUE RECIBIERON 1, 2 y 3 c. c. DE HORMONA

PRIMER LOTE

EXPERIMENTOS CON CONEJOS MACHOS			1 h	2 h	5 h	8 h	10 h	12 h	24 h	48 h	MAXIMO AUMENTO	
Conejo N.o	S. H.	C. H.									D	%
1	180	1 c. c.	176	204	220	244	252	264	244	212	84	46
Peso: 2.800 g.		2 c. c.	208	220	240	260	272	284	292	276	112	62
		3 c. c.	224	240	252	268	280	288	300	280	120	66
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
2	176	1 c. c.	188	200	224	236	244	256	236	208	80	45
Peso: 2.800 g		2 c. c.	200	208	232	244	256	276	288	272	112	63
		3 c. c	216	233	243	264	276	284	292	276	116	65
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
3	168	1 c. c.	184	196	212	225	228	240	224	204	72	42
Peso: 2 500 g.		2 c. c.	192	204	224	332	244	260	268	256	100	59
		3 c. c.	208	216	228	240	248	268	280	264	112	66
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
4	160	1 c. c.	180	188	200	208	212	220	208	188	60	37
Peso: 2.500 g		2 c. c	184	196	208	220	232	244	252	240	92	57
		3 c. c.	196	204	216	228	236	248	264	252	104	65

NOTA: D = Diferencia.
E. S. = Error standard.

colesterolemia tiene cifras más o menos fijas para cada animal; luego de inyectar Hormona Somatotropa, se extrajo sangre a intervalos de una, dos, cinco, ocho, diez, doce, veinticuatro y cuarenta y ocho horas.

La colesterolemia del conejo en Lima es, según FRIDA ZEGARRA MANRIQUE [33], de 30 a 60 mg. por ciento, y según ELENA SPALLARROSA [30], de 29 a 73 mg. por ciento.

Los resultados que se obtuvieron son los expuestos en los cuadros que hemos ido presentando.

COLESTEROL TOTAL EXPRESADO EN MG. %

RESULTADOS OBTENIDOS EN CONEJOS MACHOS QUE RECIBIERON 1, 2 y 3 c. c. DE HORMONA

SEGUNDO LOTE

EXPERIMENTOS CON CONEJOS MACHOS			1 h	2 h	5 h	8 h	10 h	12 h	24 h	48 h	MAXIMO AUMENTO	
Conejo N.o	S. H.	C. H									D	%
5	156	1 c. c.	172	184	192	200	204	216	210	180	60	38
Peso: 2 250 g.		2 c. c.	180	192	200	212	224	232	244	236	88	56
		3 c. c.	188	200	208	220	232	246	252	240	96	61
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
6	148	1 c. c.	160	168	180	188	196	207	192	176	59	39
Peso: 2.250 g.		2 c. c.	168	180	184	196	204	212	224	212	76	51
		3 c. c.	173	184	192	204	216	224	236	228	88	59
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
7	144	1 c. c.	156	164	172	184	192	205	184	168	61	42
Peso: 2.250 g.		2 c. c.	164	176	188	196	200	202	220	204	76	52
		3 c. c.	168	186	196	204	212	222	224	212	80	55
Conejo N.o	S. H.	C. H.										
8	128	1 c. c.	144	152	168	180	188	199	184	164	71	55
Peso: 2.250 g.		2 c. c.	148	156	172	184	196	204	212	196	84	65
		3 c. c.	160	172	184	188	200	214	216	200	188	68

NOTA: D = Diferencia.
E. S. = Error standard.

MÁXIMO AUMENTO DE COLESTEROL POR ACCIÓN DE 1, 2 y 3 c. c. EXPRESADOS EN MG. %

CONEJOS HEMBRAS			CONEJOS MACHOS		
1 c. c.	2 c. c.	3 c. c.	1 c. c.	2 c. c.	3 c. c.
36	51	52	46	62	66
33	50	53	45	63	65
33	56	64	42	59	66
52	76	84	37	57	65
49 %	71 %	77 %	43 %	58 %	63 %
48	73	75	38	56	61
51	74	79	39	51	59
72	97	100	42	52	55
73	94	114	55	65	68

ANÁLISIS MATEMÁTICO ESTADÍSTICO EXPRESADO EN MG. % DE COLESTEROL

CONEJOS HEMBRAS

	Media ± E. St.	Desv. St. ± E. St.	Coeficiente de variación	Cifras extremas
Antes del experimento	183 ± 11.5	29.9 ± 8	16.3 %	136 — 220
Máximo aumento en 24 horas con 3 c. c. de hormona	320 ± 7.9	21.07 ± 5.6	6.5 %	288 — 336

CONEJOS MACHOS

	Media ± E. St.	Desv. St. ± E. St.	Coeficiente de variación	Cifras extremas
Antes del experimento	157 ± 7.8	20.5 — 5.5	1.3 %	128 — 180
Máximo aumento en 24 horas con 3 c. c. de hormona	258 ± 11.2	29.3 ± 7.9	11.3	216 — 300

NOTA: Desv. St. = Desviación standard.
E. St. = Error standard.

La hormona Somatotropa, empleada en los experimentos, fue de los Laboratorios Choay, de París, conteniendo cada frasco 10 c. c. y cada c. c. 10 unidades internacionales.

Las variaciones de colesterol sanguíneo en el grupo de los conejos hembras que recibieron 1, 2 y 3 c. c. de hormona de crecimiento, se orientaron hacia la

hipercolesterolemia, cuya cifra máxima se presentó a las doce y veinticuatro horas, en todos los casos; disminuyendo luego para alcanzar concentración normal a las setenta y dos horas en la generalidad de todos los casos.

El aumento de colesterol, en los conejos machos fue menor, comparado con los animales hembras, llegando la cifra máxima a las doce y veinticuatro horas, volviendo a su concentración normal en el mismo tiempo que los conejos hembras.

Puede aceptarse que la hipercolesterolemia que produce la hormona somatotropa se deba a alteración de los factores que regulan el colesterol, porque tan pronto como se desintegra la hormona, la hipercolesterolemia comienza a disminuir hasta recuperar su concentración primitiva antes del experimento.

Conclusiones

1. Se estudió por primera vez en el Perú la acción de la hormona de crecimiento sobre la colesterolemia del conejo.
2. Se empleó la técnica de Scheftel para determinar Colesterolemia.
3. Se administró hormona de crecimiento a los conejos, por vía intramuscular, a dosis de 1, 2 y 3 c. c.
4. El aumento del colesterol fue proporcional a la dosis inyectada, observándose aumento entre doce y veinticuatro horas.
5. En la mayoría de los casos se recupera la concentración normal a las setenta y dos horas.
6. El máximo aumento del colesterol, por acción de hormona de crecimiento, fue entre doce y veinticuatro horas.
7. En los conejos hembras, la media del máximo aumento, con 1 c. c. de hormona, fue 49 mg. por ciento; con 2 c. c., 71 mg. por ciento, y con 3 c. c., 77 mg. por ciento.
8. En los conejos machos, la media con 1 c. c. de hormona fue de 43 mg. por ciento; con 2 c. c., 58 mg. por ciento, y con 3 c. c., 63 mg. por ciento.
9. En los conejos hembras, la concentración media de colesterol inicial fue de 183 mg. por ciento; el error standard $\pm$, 11'5 mg. por ciento; la desviación standard, 29'9 mg. por ciento; el error standard $\pm$, 8 mg. por ciento, y el coeficiente de variación, 16'3 mg. por ciento.
10. Las cifras extremas fueron de 136 mg. por ciento y 220 mg. por ciento.
11. El máximo aumento en veinticuatro horas con 3 c. c. de hormona tuvo como media 320 mg. por ciento; el error standard fue de $\pm$ 7'9 mg. por ciento; la desviación standard, 21'07 mg. por ciento; el error standard $\pm$, 5'6 mg. por ciento, y el coeficiente de variación, 6'5 mg. por ciento.
12. Las cifras extremas fueron de 288 mg. por ciento y 336 mg. por ciento.
13. En los conejos machos la concentración media del colesterol inicial fue de 157 mg. por ciento; el error standard $\pm$, 7'8 mg. por ciento; la desviación standard, 20'5 mg. por ciento; el error standard $\pm$, 5'5 mg. por ciento, y el coeficiente de variación, 1'3 mg. por ciento.
14. Las cifras extremas fueron de 128 mg. por ciento y 180 mg. por ciento.
15. El máximo aumento en veinticuatro horas con 3 c. c. de hormona tuvo como media 258 mg. por ciento; el error standard $\pm$, 11'2 mg. por ciento; la desviación standard, 29'3 mg. por ciento; el error standard $\pm$, 7'9 mg. por ciento, y el coeficiente de variación, 11'3 mg. por ciento.
16. Las cifras extremas fueron de 216 mg. por ciento y 300 mg. por ciento.

RESUMEN

Se estudia en este trabajo la acción de la hormona de crecimiento sobre la colesterolemia, empleando como animal de experimentación el conejo. En la primera parte se hace un breve recuerdo de la acción fisiológica de la hormona del crecimiento. En la segunda, se refieren los métodos seguidos para determinar colesterolemia, dando preferencia a los métodos colorimétricos, y entre ellos a la técnica de Seheftel, que es la utilizada en las experiencias de este trabajo. A continuación, en una tercera parte, se describe la labor experimental realizada y se interpretan los resultados obtenidos, formulando las conclusiones y reseñando, finalmente, la bibliografía consultada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barlet Oaul, D., and Gaebler Oliver, H.—«Studies on the mechaniam of nitrogen sotorage.» *Journal Biological Chemistry*, vol. 196, pág. 1. Baltimore, 1952.
3. Braier, B., y Choela, A.—«Determinación colorimétrica del colesterol sanguíneo.» *Revista de la Sociedad*
2. Braier, B.—«Contribución al estudio del colesterol.» Tesis de profesor de Universidad. Buenos Aires, 1944. *Argentina de Biología*, vol. 15, pág. 45. Buenos Aires, 1949.
4. Campbell James.—«Ciba Foundation Colloquia in Endocrinology», vol. 6, pág. 95. Springfield, 1953.
5. Cantarrow, A., y Trumper, M.—*Bioquímica Clínica*, pág. 701. La Habana, 1953.
6. Chevreuil.—*Ann. de Chim. et de Phys*, vol. 2, pág. 346. París, 1916.
7. Evans, H. M.; Meyer, K., et Simpson, M. E.—*Memoirs Universidad California*, vol. II, pág. 1. California, 1953.
8. Fruhman, G. H.; Gerstner, R., et Gordon, S. A.—«Comptes Rendus Societé de Biologie», vol. 185, pág. 93. París, 1954.
9. Grigaut, A.—«Comptes Rendus Societé de Biologie», vol. 118, pág. 827. París, 1910.
10. Grimbert, Laudat y Weill.—«Societé de Biologie», vol. 118, pág. 898. París, 1910.
11. Hawk, P.; Oser, B., y Sunnmerson, W. H.—«Química Fisiológica Práctica», pág. 245. México, 1949.
12. Houssay Hector, E.—«Hipófisis y Crecimiento», pág. 15. Buenos Aires, 1949.
13. Izz, R. A., y Marenzi, A. D.—«Variaciones de los lípidos del plasma durante el ayuno.» *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, vol. 19, pág. 557. Buenos Aires, 1937.
14. «Journal Pharmacology Experimental Therapeutics», vol. 59, pág. 34. Baltimore, 1937.
15. «Journal Biological Chemistry», vol. 36, pág. 157. Baltimore, 1918.
16. «Journal Biological Chemistry», vol. 64, pág. 203. Baltimore, 1929.
17. Kflmagawa, M., y Suto, K.—«Biochem. Z.», vol. 8, pág. 212. Berlín, 1908.
18. Li Choh Hao, and Evans, H. M.—«The isolation of pituitary growth hormone.» *Science*, vol. 99, pág. 183. Washington, D. C., 1944.
19. Li Choh Hao; Evans Herbert, M., and Simpson Miriam, E.—«Isolation and propretiers of the anterior hypophyseal growth hormone.» *Journal Biological Chemistry*, vol. 159, pág. 353. Baltimore, 1945.
20. Mata, Manuel.—«Método para determinar la lipemia y algunas consideraciones sobre colesteremetría práctica.» *Medicina*, vol. 30, pág. 291. México, 1950.
21. Mercado Reina, Julia.—«Investigación de ácidos grasos y colesterol sanguíneo por la técnica de Manuel Mata, de Cuba.» *La Crónica Médica*, vol. 62, pág. 289. Lima, 1945.
22. Morros Sardá, José.—«Elementos de Fisiología», pág. 141. Barcelona, 1946.
23. «Somatotrophine et Pathologie.» *Ann. Endocrinologique*, págs. 19-92. París, 1954.
24. Methods of analisis A. O. A. C.—Pág. 601. Washington, D. C., 1945.
25. Muñoz, Juan.—«Dosaje de fosfolípidos y colesterol.» *Revista de la Sociedad Argentina de Biología*, vol. 7, pág. 467. Buenos Aires, 1937.
26. Romero y colaboradores.— «Hipófisis.» Barcelona, 1954.
27. Scheftel, A. G.—«Determination total and free Cholesterol.» *Journal Laboratory and Clinical Medicina*, vol. 29, pág. 875. St. Louis, 1954.
28. Sebotka, H.—«The chemistry of the Sterids.» Baltimore, 1938.
29. Sols, A.—«Determinación directa de colesterina total en suero.» *Revista Española de Fisiología*, vol. 3, pág. 225. Barcelona, 1937.
30. Spallarrosa, E.—«Influencia de la Tiroxina sobre la colesterolemia del conejo.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1951.
31. Young, F. G.—«Growth hormone and metabolism. The growt hormone and diabetes.» *Recent Progress Research*, vol. 8, pág. 473. New York, 1953.
32. Windaus, A. L.—*Phisiological Chemistry*, vol. 65, pág. 110. 1910.
33. Zegarra Manrique Frida.—«Variaciones de la colesterolemia del conejo por influjo del aloxano.» *La Crónica Médica*, vol. 68, pág. 21. Lima, 1951.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima (Perú).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960

INMANENCIA VITAL

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

CUANDO la fisiología teoriza sobre funciones, se atiene a una fenomenología específicamente dinámica. La vida en general es una sistemática de leyes de movimiento; lo que se conoce con el nombre de principios de regulación con los consiguientes correlatos, responden siempre a términos de causa a efecto: la materia en actividad.

La relación de causa a efecto es de tal naturaleza en un orden mecánico, que la intuímos inmediatamente por los sentidos; si nos elevamos a un orden fisiológico, su intuición es más difícil, y si nos elevamos al orden de los fenómenos de conciencia, ya sea en el nivel instintivo o en el nivel superior racional, las dificultades suben de punto.

Siendo el movimiento una relación entre el motor y el móvil, o sea, aquello que causa el efecto de moverse, resultará que cuanto más clara y distinta sea percibida dicha relación, tanto más conocido será el efecto producido. Como todo principio de movimiento vital referimos a una razón de inmanencia que es la cualidad que poseen los seres vivos de actuar en sí mismo por las más variadas causas, resultará que es preciso, para llegar a un entendimiento claro sobre las mismas, concebir un sistema que de un modo racional nos aproxime a ese infinito dinámico que comprende ese concepto tan genérico como abstracto, que se llama inmanencia o principio motor intrínseco, propio de todo ser organizado.

Toda razón vital descansa sobre la materia o los simples corpúsculos, que son los sujetos de toda mutación y que, por ello, es a éstos a los que corresponde con sus leyes mecánicas los principios de todo movimiento; éste se manifiesta en los cuerpos de varios modos; de modo cuantitativo, cualitativo y sustancial, los cuales hacen referencia a las más variadas formas y aspectos que nos ofrecen los seres vivos en sus distintos desarrollos y series naturales, reveladores todos ellos de que existen principios específicos en cada reino natural.

Decimos que la vida, en general, se atiene a un dinamismo específico *sui géneris* por el que corrige el caos cósmico de la materia elemental al ordenarla bajo los principios de unidad y finalidad. Es decir, la vida disciplina la materia, pasiva e inerte, según leyes que originariamente responden dinámicamente a una mecánica en sus manifestaciones más elementales.

Desde un punto de vista de intuición simplemente elemental la vida es una razón ordenada de leyes y principios físicos y químicos, cuyo conocimiento científico nos abrirá los horizontes necesarios para mejor interpretar el fundamento de nuestro ser físico y material.

Ahora bien, en qué medida el elemento simple con su mecánica bioquímica se conjuga con el superior o formal de género, especie, clase, familia, orden, etcétera; este es el gran problema de la vida en el universo. La contestación, por el momento, no la puede dar el hombre, hasta tanto las leyes de la materia y la energía no sean más conocidas.

La expresión más primaria del dinamismo orgánico nos la ofrecen las células con esa fenomenología que se conoce con el nombre de «quimiotaxia», de naturaleza y movimientos bipolares, verdaderas fuerzas positivas y negativas, de atracción y repulsión entre las mismas; así como lo que se conoce como movimiento ameboide, fagocitosis, ciliar, etc. Estos hechos nos revelan en su generalidad que todo ser, aun el más elemental, posee un principio de actividad, un dinamismo propio, su razón de inmanencia. Si en estos elementos constitutivos de los seres vivos se esbozan acciones y reacciones, inercias y movimientos, tenemos que admitir que la materia en general es activa en todo torrente vital con todas las diversificaciones que estudia la bioquímica, desde la más fronteriza al reino mineral, hasta la de más elevado rango organizado, cual corresponde a las neuronas con su poder de percepción y representación en todo ser animado.

No debemos pasar por alto que la actividad propia e inmanente de los seres vivos está dirigida por la causa eficiente o cósmica determinante de esos movimientos que la biología conoce como «tropismos», en los que los organismos responden a las fuerzas naturales con sus instancias formales; estos fenómenos nos demuestran el consensus entre todas las fuerzas naturales, la interacción y dinamismo transcendente entre las mismas, según un plan de unidad y finalidad.

Como entre los distintos mecanismos dinámicos de los seres organizados destaca aquél que nuestra mente concibe del modo más claro y simplista entre una causa y un efecto, o sea, la relación entre un estímulo y su respuesta mecánica o funcional, y que es conocido por todos con el título de arco reflejo, por representar tres términos relacionados entre sí funcionalmente, resulta clara y distinta su apreciación sensible en términos generales. Esto que parece incuestionable en un orden mecánico primario como el que rige las actividades dinámicas entre el sistema nervioso sensible y su correlato el motor, con su centro de conexión correspondiente en sus distintos niveles, con sus diferencias específicas, con sus áreas funcionales correspondientes en el campo normal y sus derivaciones anormales en los casos de disfunción, no es lo claro y distinto que fuera de desear, cuando nos adentramos en un dinamismo que no es privativamente motor o primario, cual corresponde, si se quiere explicar congruentemente ese mecanismo interactivo que hace referencia a los más complejos niveles orgánicos al dinamismo nutritivo o metabolismo.

Para mejor aclarar el mecanismo inmanente, se admiten tres niveles ordenados de actividad, que si son distinciones conceptuales no por ello son o están desvinculadas en la realidad.

1.º De ordenación cósmica; según este principio, que se considera el más genérico, los seres son tales concretos en virtud de causas extrínsecas, a priori, en el espacio y en el tiempo. Por su acción la materia se organiza en cualquiera de los tres reinos naturales existentes: minerales, vegetales y animales, por causas

específicas de un plan formal en continua razón de fuerzas inmanentes y propias. El porqué cósmico de las diferenciaciones en las formas y géneros vitales, ha sido objeto de las más contradictorias teorías vitalistas, animistas, mecanicistas, etc., que se han dedicado a formular los principios en que se fundamenta la realidad biológica en el tiempo y en el espacio. No es extraño que esto suceda, por cuanto que la vida resume el conjunto de condiciones posibles por las que la materia ponderable con sus leyes naturales se combinan con las leyes energéticas de la llamada materia imponderable, activa, dinámica *per se* de un modo natural. La vida es una síntesis de materia prima ponderable y de fuerza o energía sustancial imponderable, que es la ordenadora de las infinitas plasticidades organizadas actuales y posibles.

2.° El otro nivel de actividad inmanente orgánica, hace referencia a un principio intrínseco de correlación entre las partes y el todo vivo según las instrucciones genéticas recibidas de sus progenies anteriores. Este principio genético tiene por misión una doble actividad, la de actualizar los distintos sistemas orgánicos en general, y la otra, la de dar permanencia específica a las formas en el espacio y tiempo. Es la potencia y el acto de la razón vital en el tiempo; como dijo el clásico «Uno el concierto, una la conspiración» de todo ser vivo con sus leyes genéticas y plásticas. A esta correlación orgánica se suman las relaciones subordinadas de los distintos sistemas y aparatos, que combinados jerárquicamente realizan funciones necesarias al total del cuerpo vivo.

3.° La otra dinámica que se conceptúa es más específica, propiamente funcional y que debe estar siempre presente ante nuestros juicios clínicos, de cuya más clara intuición resultará nuestro mejor acierto y saber médico. Es la que se conoce como mecanismos de regulación, por virtud de los cuales los organismos alcanzan su perfección morfogenética y fisiológica. Sus fundamentos comprenden todos los órdenes conocidos de causas mecánicas, por entrar de lleno en las leyes físicas; químicas, por corresponder a los cuerpos simples, micro o macromoléculas, con sus valencias, afinidades y reacciones propias; fisiológicas, por responder a diversos complejos entre los diferentes principios inmediatos, con sus respectivos efectos entre sí y en relación con otros principios en su interacción metabólica, como los que existen entre hormonas, vitaminas, enzimas o fermentos; en fin, ese infinito complejo que constituye la sustancia causal y energética, el móvil por el cual todo cuerpo cumple su condición de existencia, la individualidad que es la realidad a que nos debemos atener.

Estas diversificaciones dinámicas genéricas y específicas, que se conceptúan en los seres vivos, tienen la mayor importancia práctica; desde su inteligencia nos habituamos a una visión *in génere,* total y unitaria de la vida en su concreto individual, proporcionándonos un horizonte panorámico de la fenomenología que concurre en todo ser vivo, una intuición sintética desde la cual la unidad funcional es más clara y distinta, a pesar de las múltiples encrucijadas en que la vida se fundamenta; en todo momento nuestra mente debe aplicarse a esas series correlativas funcionales, porque es imperativo de todo juicio clínico el carácter de la universalidad para la mejor interpretación de lo particular y concreto, tanto normal como patológico.

Este criterio funcional debe ser lo más ponderado posible frente a su expresión clínica, tanto objetiva como subjetiva, por cuanto se derivan resoluciones a posteriori o prácticas, que en definitiva son nuestra finalidad clínica; me refiero a una justa y medida razón que debemos aplicar en cada caso particular en nuestras prescripciones terapéuticas si no queremos caer en el grave defecto, muy desarrollado y común entre los países latinos, muy dados a las prescripciones de polifármacos como signo revelador de una cierta vaguedad e indistinción de las verdaderas causas determinantes, donde el espíritu se pierde entre aquellas que son sustantivas y las que son meramente adjetivas o derivadas. En consecuencia, nuestra conducta clínica debe poseer el grado de objetividad necesaria, la intuición presente de una realidad en constante actividad funcional para una adecuada terapéutica en cada caso y circunstancia.

RESUMEN

El autor estudia el dinamismo de los seres organizados según principios de inmanencia por los que se ordenan funcionalmente; se reconocen, entre otros, tres niveles de mecanismos de actividad orgánica, por los que la vida es un ser actualizado. De la interacción de estos principios se derivan consecuencias prácticas por las que un criterio funcional debe prevenir toda conducta clínica en cada caso concreto.

Dirección: General Franco, núm. 66. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960

I. LIBROS

AUTORES NACIONALES

EL HIPÓCRATES DE LA MEDICINA ESPAÑOLA: BIOGRAFÍA DEL DOCTOR MARAÑÓN, *por el doctor* JOSÉ ALVAREZ SIERRA. *Un vol. (14'5 por 21 cm.) de 298 páginas, con fotografías; encuadernación en tela. Distribuidora UBI. Esparteros, 11, Madrid-12. 1960.*

LA destacada figura de don Gregorio Marañón ha llenado, con su polifacética actividad más de medio siglo de la vida social española. Su influjo ha sido muy poderoso, tanto dentro como fuera de nuestra Patria, y la impronta de su pensamiento y de su ideología ha repercutido ampliamente en multitud de variados sectores de la intelectualidad de habla española.

Como el inolvidable médico de Cos, Marañón escribió y dominó casi todas las ramas del saber biológico, con su conocimiento humanístico, con su clara inteligencia y excelente criterio científico, vertiendo su entusiasmo y orientando sus ideas a un análisis correcto de los hechos, que se reflejaba siempre en un acertado diagnóstico, en una eficaz terapéutica y, sobre todo, en una comprensión admirable, tolerante y humana del paciente que a él se confiaba, y en una expresión correcta de sus ideas, desprovista de todo dogmatismo filosófico.

Es natural que una figura tan representativa, tan rica en variados matices, y, sobre todo, tan profundamente humana y popular, haya tentado rápidamente a los biógrafos, apenas transcurridos unos meses de su desaparición.

La versión que hoy tenemos en nuestras manos —abundante y copiosa en hechos, fiel y objetiva en sus apreciaciones— es debida a la pluma de uno de sus compañeros de promoción, de aquella famosa promoción del año 1909 que tantas figuras prestigiosas produjo. Por haber convivido y tratado con él durante muchos años, desde esas épocas juveniles, sus páginas tienen un sello de realidad y de identificación de ambientes muy poco común, puesto que muy contadas personas podrían hacerlo con esa espontaneidad, tan difícil de conseguir, de no haber pasado por circunstancias semejantes y tratado, en oportunidades parecidas, a muchas de las personas que aparecen citadas y que tanto participan en el ambiente en que hubo de formarse y desenvolverse don Gregorio.

El doctor Alvarez Sierra —notable periodista médico, y escritor ya avezado a esta clase de trabajos, pues no en balde ha publicado, entre otras, las biografías de varios destacados médicos, como Ferrán, Federico Rubio y Cortezo— nos ofrece hoy, con perspicaz oportunidad, esta documentada versión de la vida médica del afamado clínico español. Estamos seguros de que su interesante lectura será convincente para todos y animará a muchos a repetirla y meditarla, saboreando varios de sus capítulos de inapreciable utilidad para valorar y juzgar hombres y aspectos de una época a la que la Medicina actual debe su brillante auge y situación. —RICARDO HORNO LIRIA.

FISIOLOGÍA FEMENINA, *por el doctor* JOSÉ BOTELLA LLUSIÁ. *5.ª edición. Un volumen (22'5 por 16'5 cm.) de 456 páginas, con 308 figuras, muchas de ellas en color; encuadernación en tela. Editorial Científico-Médica. Barcelona, Madrid, 1960.*

DESDE su aparición, hace ya once años, el éxito de la obra del profesor Botella no ha hecho mas que afianzarse, como lo prueban sus ediciones sucesivas, la última bien reciente, pues sólo data de un par de años. Este éxito se debe a las condiciones especiales de ser una obra completa y a la vez sumamente práctica.

No ha querido su autor —y ha hecho muy bien— limitarse a una mera reimpresión. Los cambios debidos a los progresos de la Biología en estos últimos años, que arrojan su luz en muchos puntos aún discutidos de la fisiopatología femenina, influyen indudablemente en nuestros conocimientos, en la modificación de nuestros conceptos y en el modo de actuar.

Esto hace que en el texto aparezcan nuevos datos sobre la anatomía de los ganglios linfáticos pelvianos, sobre el metabolismo y biogénesis de las hormonas sexuales, sobre la significación fisiológica de los andrógenos en la mujer, sobre las hormonas del hipotálamo. Aparece también un nuevo capítulo sobre la fisiología del feto durante el parto, absolutamente indispensable para la comprensión del sufrimiento fetal y la patología del recién nacido. Se incluyen también otras interesantes nociones sobre radiopelvimetría, hemodinámica placentaria, sobre la determinación y diferenciación del sexo, sobre la lactación, etc. Todas estas modificaciones se han integrado al texto y al plan antiguo, sin incremento del número de sus páginas, y conservando siempre el objetivo didáctico primordial de sencillez y claridad expositiva.

Si todo este aporte de nuevos datos no es, a primera vista, muy aparente, la mejoría de las condiciones materiales en microfotografías, dibujos y esquemas, complementa la excelente impresión de esta obra, a la que todos los ginecólogos estimamos y otorgamos el aplauso más sincero.—RICARDO HORNO LIRIA.

TOCURGIA, *por el doctor* JOSÉ BOTELLA LLUSIÁ. Curso elemental de Ginecología. *Fascículo III. 5.ª edición, corregida aumentada y puesta al día. Un vol. (22'5 por 16 cm.), de 199 páginas, con 145 figuras; tela. Editorial Científico-Médica, Barcelona, Madrid, Lisboa, 1960.*

CUANDO tenemos un libro entre las manos y está escrito por un profesor, nace en nosotros la garantía de su utilidad y, lo que es más, de que tiene una positiva influencia de aplicación práctica o que es francamente doctrinal o didáctico; todo lo cual es más acusado aún si la materia de que se trata entra de lleno en la especialización y en la docencia de su autor, y esto es lo que sucede con el presente libro de «Tocurgia», que agrupa las materias que el propio autor califica como la parte más clásica de la Ginecología y que abarca toda la parte práctica de la Patología obstétrica, escrito por el catedrático de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Madrid.

La favorable aceptación de esta publicación por el público médico se pone de manifiesto viendo que de las cinco ediciones que ha hecho hasta la fecha, las cuatro últimas han aparecido en el decurso de ocho años, mejor dicho, de siete años, puesto que esta quinta edición va fechada en marzo de 1959.

Once lecciones y un apéndice ocupan la totalidad de la obra, en las que se describen las intervenciones obstétricas, prescindiendo de todo lo que no sean sus indicaciones, condiciones, su técnica y contraindicaciones, es decir, que una vez planteada la indicación y cumplidas las condiciones requeridas, describe solamente el mecanismo necesario para su realización, haciendo a la vez una breve pero sana y científica crítica que justifica lo que dice en su prólogo con el siguiente comentario: «Pero al mejorar poco a poco las condiciones de vida de nuestro país como en toda Europa, la cesárea y el fórceps van siendo casi exclusivamente los recursos de la operatoria obstétrica».

En el curso de estas once lecciones se desarrollan los siguientes temas: «Analgesia y anestesia en el parto», «Las hemorragias del alumbramiento», «Operaciones dilatadoras del canal del parto», «El fórceps» (con tres lecciones), «Operaciones mutiladoras del feto (fetotomías)», «Extracción podálica», «Versión», «La cesárea» (con dos lecciones), y un apéndice en el que se exponen los peligros de las operaciones obstétricas para el feto.

Todo ello con la claridad y justeza necesarias, como si estuviese el maestro dictando el consejo de aplicación inmediata.

Su lectura tiene el interés de obtener con seguridad una guía fiel y útil en la práctica, porque en su redacción queda reflejada la dilatada experiencia de su autor.

Nos parece oportuno destacar las lecciones del fórceps y de la cesárea, que van precedidas de la historia de las mismas. Si las destacamos, es por ser el fórceps la operación más típicamente obstétrica, y así la considera el autor y le dedica una especial atención, describiendo su técnica en todas y cada una de sus posibilidades, y la cesárea, que está absorbiendo en el campo de su acción quirúrgica a otras muchas intervenciones que se han ideado para resolver problemas obstétricos y que hoy están en franca retirada como fenómeno previo de su total desaparición; pero, además, porque describe su operación personal en cuanto a concepto y técnica de cesárea extraperitoneal, que constituye una auténtica contribución del profesor Botella a la obstetricia operatoria.

No queremos terminar este comentario sin resaltar el criterio del autor en cuestión moral aprovechando las lecciones sobre fetotomías, en las que señala como primera condición para poder realizarlas «que el feto esté muerto», pues dice: «Una basiotripsia en feto vivo es un grave crimen contra la moral. Matamos con ella deliberadamente a un ser inocente, y esto no tenemos derecho a hacerlo ni aun con la justificación de salvar la vida de la madre... Ni siquiera en la amenaza inminente de rotura de útero se puede hacer tal intervención.» Sobre esto mismo insiste una vez más al tratar de las contraindicaciones, diciendo: «La contraindicación fundamental de la basiotripsia es que el feto esté vivo».

La presentación esmerada del libro es como corresponde a la editorial y nos tiene acostumbrados. Libro magnífico en todos sus aspectos.—M. VICENTE CARCELLER.

CÁNCER EN TENERIFE (Symposium). *Publicación núm. 25 del Excmo. Cabildo Insular, Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife. Un vol. (21 por 15'5 cm.) de 119 páginas Santa Cruz de Tenerife (Canarias), 1960.*

EL director del I. P. T., doctor Tomás Cerviá, sabe mantener a todos los miembros del Instituto en un permanente estado de inquietud y de superación y cabe decir que la obra principal no es de nadie, sino de un conjunto diverso, continuado o sucesivo, de hombres unidos por el hilo de una misma preocupación.

Esta publicación, dice el doctor Cerviá, es labor de cuatro años, desde que intentaron organizar las II Jornadas Médicas Canarias que habían de celebrarse en Las Palmas y que no pudieron celebrarse, pero la labor iniciada para ellas han continuado, y lo prueba el presente libro que recoge todo un ciclo de trabajos desarrollados en los días 2 y 3 de julio de 1958 con gran concurrencia de médicos, sanitarios...

Estos trabajos desarrollan temas del más alto interés, como los siguientes: «El problema del cáncer hasta el momento actual. Perspectivas futuras», por el doctor José Durán Molina; la ponencia sobre «Análisis estadístico de las enfermedades neoplásicas en la provincia de Tenerife (1945-54)»; «El cáncer. Problemática psicológica y metafísica», por el doctor Carlos Pinto Grote, y las comunicaciones siguientes: «Casuística de neoformaciones malignas de lengua, faringe y garganta» por el doctor Fernando Barajas Prat; «Consideraciones sobre 78 casos de neoformaciones intratorácicas», por los doctores José Domínguez y Enrique González; «Cáncer de mama», por el doctor José García-Estrada; «Tumores malignos de aparato genito-urinario», por el doctor Felipe Gómez Ullate; «Neoplasias del tubo digestivo, esófago e intestino», por el doctor Celestino González; «Dos casos de carcinoma de amígdalas», por el doctor Jesús Martín Hernández; «Fisioterapia de las neoplasias malignas», por el doctor Fernando Mora Roldán; «Tratamiento del cáncer de cuerpo de útero» y «Tratamiento del cáncer genital femenino», por el doctor P. de la Peña Regidor.

Por esta simple enumeración de los trabajos se puede tener idea de la intensa labor desarrollada en este *Symposium*, cuya mejor crítica es el discurso final del doctor José Goyanes, que termina con un elogio cordial y caluroso para el *Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife*, el cual, dice, puede codearse con las instituciones análogas de España y del extranjero, pidiendo para él un aplauso cerrado.
M. VICENTE CARCELLER.

AUTORES EXTRANJEROS

ENCICLOPAEDIA OF MICROSCOPIC STAINS, *por* EDWARD GURR. *un volumen (15'5 por 25'5) de 498 páginas; encuadernación en tela. Precio: 95 chelines. Leonard Hill (Book) Limited. 9, Eden Street. Londres, 1960.*

LA introducción de los colorantes en microscopia siguió, inicialmente, un proceso apoyado en el más elemental empirismo. La importancia que ha tenido la utilización de colorantes para el conocimiento de las microestructuras ha sido tan fundamental que sobra todo comentario. Con el transcurso de los años, los colorantes microscópicos se han multiplicado de tal forma que su conocimiento global escapa a los más especializados. Por otra parte, el avance de la Histoquímica permite interpretaciones más profundas y concretas sobre la relación que existe entre la afinidad tintórea de una estructura y sus características químicas. El conocimiento de las propiedades físicoquímicas de un colorante tiene gran interés para el investigador por las conclusiones que puede sugerirle. De aquí la importancia de una enciclopedia que catalogue la mayoría de colorantes conocidos y sus propiedades básicas.

El libro que comentamos cumple esta misión y lo consideramos un complemento indispensable del conjunto de libros de técnicas de tinción, que se utilizan en los laboratorios clínicos y de investigación. La edición es muy correcta, y el sistema de clasificación, verdaderamente práctico.—Profesor ANDRÉS PIÉ.

ENJUICIAMIENTO DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA, *por* HONORIO DELGADO. *Un tomo (14 por 20 cm.) de 179 páginas, en 4.º menor; en rústica. Editorial Científico-Médica, Vía Layetana, 53. Barcelona, 1960.*

EL insigne catedrático de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Lima, a cuya elegante pluma y vasta erudición debemos tantas obras maestras, nos ofrece hoy el fruto sazonado de su experiencia y sus meditaciones en los ocho capítulos de esta obrita, dedicada al tema de la Medicina psicosomática, siempre de actualidad y siempre en discusión.

Comienza el profesor Delgado por unos comentarios muy atinados sobre la ingerencia —que para nosotros es ya una verdadera incorporación— de la Psicología en la Medicina. Hoy día, no sólo el psiquíatra, sino todo médico, sea cual fuere la especialidad que cultive, no puede prescindir de lo psicológico si aspira a que su labor científica y profesional vaya íntegramente dirigida a la totalidad del hombre enfermo. Siguen luego unas reflexiones —trasunto de un libro del propio Delgado— acerca del médico, el enfermo y la sociedad en sus mutuos y complejos vínculos. En el tercer capítulo, titulado «El alma del enfermo», se analiza profunda y sutilmente esa novedad existencial que constituye para el hombre la vivencia de su enfermedad, así como las distintas visiones que el médico tiene de su enfermo, según que le considere como «cliente», como «caso» o como «paciente»; tan sólo en este último caso alcanza el enfermo todas las dimensiones humanas, y tan sólo cuando el médico le considera como tal, recibe de éste todos los beneficios terapéuticos que emanan tanto de los remedios aplicados como de la comunicación espiritual entre ambos a través del *logos*, fundamento esencial de toda acción psicoterápica.

El cuarto capítulo pone al lector en más íntimo contacto con los problemas de la psicosomática, al estudiar con detalle las relaciones entre lo anímico y lo corporal, a través de las más importantes teorías antiguas y modernas. Se hace luego una distinción fundamental entre los conceptos de «enfermedad» (como algo que rompe el equilibrio del organismo y amenaza con su destrucción total o parcial), «dolencia» (como el impacto de la enfermedad sobre nuestro ser psíquico) y «neurosis» (en cuanto reacción vivencial anormal, en el sentido de Kurt Schneider). En el capítulo sexto se exponen las diferentes concepciones de la Medicina psicosomática en los principales medios culturales (Norteamérica, Alemania e Inglaterra), poniéndose de manifiesto la gran influencia psicoanalítica que se aprecia en los ambientes anglosajones. Se estudian a continuación diversas cuestiones relativas a la psicoterapia, que eleva al máximo las dimensiones del médico, terminándose el libro, en su octavo capítulo, con un atinado y sereno juicio crítico de la psicosomática, señalándose, por una parte, su definitiva incorporación al pensamiento médico contemporáneo, y, por otra, los peligros que llevan consigo las notorias exageraciones de algunos de sus fanáticos partidarios, a quienes los árboles de la sutileza interpretativa no les permiten ver el bosque de la realidad clínica.

Cada uno de los capítulos va seguido de una amplia y bien seleccionada nota bibliográfica. Dentro de sus reducidas dimensiones, se trata de un denso trabajo de exposición y crítica científica, que no puede salir sino de las manos de un gran maestro, como es el profesor Honorio Delgado, a quien felicitamos por esta nueva y oportuna aportación al acervo de las ciencias del espíritu.—REY ARDID.

CIRUGÍA DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS, *por el doctor* HENRY NIGST. *Un volumen (17 por 24'5 cm.) de 180 páginas, con 156 figuras; encuadernación en tela. Precio: 250 pesetas. Editorial Alhambra, S. A. Madrid, 1960.*

DURANTE la última guerra mundial, al menos en los más importantes países, se siguió el criterio de agrupar a los heridos por sus lesiones, en centros especializados y utillados adecuadamente para el tratamiento más correcto de las mismas. Al igual que con otros, también los heridos con lesiones de nervios fueron reunidos y tratados en centros especializados.

Del criterio señalado han derivado, evidentemente, grandes ventajas. Unas, inmediatas para los mismos heridos, al ser mejor tratados, y otras, inmediatas, para el progreso científico y mejoramiento de técnicas, al poder controlar cursos y resultados.

El doctor Nigst se ha ocupado intensamente de la cirugía del sistema nervioso periférico, durante un año, en Londres, con el profesor Seddon. Ha tenido, pues, oportunidad para reunir conocimientos y experiencias, causas de errores diagnósticos y terapéuticos. Y se ha ocupado también del problema biológico, estudiando la degeneración y regeneración, fundamentales para la comprensión de la curación en las suturas nerviosas.

Con todo ello ha preparado esta magnífica monografía, profusamente ilustrada, en la que el cirujano práctico puede encontrar todo cuanto necesita para tratar bien a los enfermos con lesiones de nervios periféricos.

El autor, pues, ha pretendido y logrado hacer accesible a todos este tipo de cirugía, con el mérito destacable de que advierte de los errores posibles, tanto en el reconocimiento y diagnóstico, como en la elección de la técnica operatoria más adecuada. De todo lo cual derivará, a no dudar, una gran acogida al libro.

Una vez más Editorial Alhambra, justifica su bien ganado prestigio en la selección de obras médicas de destacado interés para traducirlas y ponerlas al alcance del gran público médico de habla española. Y por lo

que se hace a lo tipográfico, no ya só'o con decoro y buen gusto, sino con gran esmero, como en el caso presente.—SERAL.

LAS COMPLICACIONES PRECOCES POSTOPERATORIAS, *por los doctores* KURT WIEMERS *y* ERNEST KERN. *Un volumen (17 por 25 cm.) de 288 páginas, con 52 ilustraciones; encuadernación en tela. Editorial Alhambra, S. A. Claudio Coello, 76. Madrid, 1960.*

ESTE libro está subdividido en tres partes fundamentales; la primera de ellas trata de la fisiología en general de los distintos órganos y aparatos, y, especialmente, de la fisiopatología de la fase postoperatoria. La segunda, con el subtítulo de «Complicaciones precoces postoperatorias en particular», habla de éstas con respecto a las operaciones determinadas, incluyendo las de tórax y corazón, abdomen, glándulas endocrinas, etc. La tercera la dedica a la terapéutica de todas las complicaciones en general.

Un libro interesantísimo, dada la gran ampliación que han tenido las indicaciones quirúrgicas por el rápido progreso de la cirugía general, tanto en cuanto a edades (infancia y senilidad), como en cuanto a órganos (corazón y pulmón). Interesantísimo también por los conocimientos que encierra sobre la vigilancia de respiración, circulación, equilibrio electrolítico, proteínas, reconocimiento de complicaciones y puesta en práctica de medidas necesarias para evitarlas y tratarlas.

En resumen, constituye un libro que podrá ser leído con agrado y provecho por cualquiera de los médicos que frecuenten el quirófano.—RAMÓN CELMA DELGADO.

ACTUALITÉS NEUROPHYSIOLOGIQUES, *publiées sous la direction* de A. M. MONNIER, *première serie (Actualidades neurofisiológicas, publicadas bajo la dirección de* A. M. MONNIER, *primera serie). Un tomo (17 por 25 cm.) de 273 páginas, con 180 figuras; rústica. Precio: 42 F. N. Masson et Cie., Editeurs, 120, Boulevard Saint Germain. París 1959.*

LOS progresos dentro del campo de la fisiología fina del sistema nervioso son incesantes. Una inmensa pléyade de investigadores, trabajando tanto individualmente como en equipo, aportan sin cesar nuevos datos que van desentrañando, poco a poco, la complicada maraña anatómica, bioquímica y funcional del más noble y más complejo de los tejidos de nuestro organismo.

Es difícil recoger todos los trabajos que aparecen en diversas revistas especializadas. Por esta razón constituye un gran acierto del profesor Monnier, catedrático de Fisiología de la Sorbona, el recoger periódicamente, en un tomo, las novedades neurofisiológicas más importantes, encargando de la redacción de cada capítulo a las más prestigiosas figuras actuales. En esta primera serie, que ojalá se continúe con otras sucesivas, aparecen articulos sobre la «Olfacción», a cargo de Adrian (máxima figura en fisiología sensorial, premio Nobel) y Guillot (catedrático de Física en la Facultad de Farmacia de París); sobre la «Génesis del influjo sensorial en el seno de diversos fotoreceptores», por Hartline (del Instituto Rockefeller); sobre «Oscilaciones del potencial de membrana en la fibra nerviosa y otros aspectos de la misma», por los notables investigadores doctora Arvanitaki-Chalazonitis y doctor Stämpfli; sobre «Retina», por Granit (del Instituto Nobel de Neurofisiología, en Estocolmo); sobre «Nuevos aspectos de la actividad refleja de la medu'a», por el marsellés Paillard; sobre «El sistema reticular», por Margarie y la doctora Bonvallet; el profesor Wyss, de Zürich, trata de los «Centros reflejos bulbares y de los centros autónomos del diencéfalo»; el profesor Katz (Londres) y el profesor Loporte (Toulouse) escriben acerca de «Potenciales miniatura y otros problemas de la sinapsis mio-neural»; el clínico parisino, Humbert, hace valiosas aportaciones sobre la «Degeneración muscular»; Colle (de Lovaina), sobre «Estimulación eléctrica de los nervios»; Coraboeuf, sobre «Microelectrofisiología cardíaca»; May, sobre «Crecimiento del sistema nervioso». Terminan este interesantísimo volumen un artículo de Malmejac, acerca de la «Secreción medulosuprarrenal», y un índice de las materias tratadas. Ni que decir tiene que cada uno de los capítulos va seguido de una extensa nota bibliográfica.

En resumen, un libro de contenido denso, con novedades científicas tratadas por especialistas que han trabajado en ellas personalmente, y cuya lectura resultará utilísima a cuantos deseen estar «al día» en los grandes progresos realizados durante los últimos años en el apasionante campo de la Fisiología del sistema nervioso. La edición, por la casa Masson, es, como de costumbre, impecable, perfecta.—REY ARDID.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960

REVISTAS

EXTRANJERAS

MEDICINA

DE SEZE, S.; LICHTWIEZ, A., y HIOCOT PHILIPPE BORDIER, D.—«DIAGNÓSTICO PRÁCTICO DE LAS DECALCIFICACIONES VERTEBRALES (OSTEOPOROSIS Y OSTEOMALACIA.» *(Le diagnostic pratique des decaltifications vertebrales (Osteoporose et Osteomalacic.) La Presse Medicale», número 27, mayo 1959. París.*

A pesar del carácter complejo de los pro'emas originados por las decalcificaciones pelvirraquídeas, lo esencial para la práctica médica cotidiana puede resumirse en a'gunas nociones bastantes simples.

1.º El diagnóstico etiológico se debe hacer descartando, en primer lugar, el plasmocitoma, y eliminado éste nos encontramos delante del problema de las osteopatías metabólicas: osteosis paratiroidea, osteoporosis y osteomalacia. Cuando la clínica y la radiología no son suficientemente expresivas, el diagnóstico lo da de forma decisiva la exploración biológica: Estudio de la ca'ciuria y, sobre todo, las modificaciones de ésta después de la sobrecarga de calcio y de la sobrecarga de vitamina D2. En la osteoporosis, la prueba de sobrecarga de calcio va seguida de un aumento de la ca'ciuria de un 40 a un 60 por ciento (normal, 20 a 30 por ciento). La prueba de sobrecarga de vitamina D eleva la calciuria, cinco días después hasta un 140 por ciento.

En cambio, en la osteomalacia la sobrecarga cálcica no modifica la calciuria, o sólo da un ligero aumento que no pasa del 10 por ciento. Igualmente, la sobrecarga de vitamina D no eleva la calciuria, e incluso, en ocasiones, desciende hasta cero.

2.º El diagnóstico etiológico no sólo tiene interés teórico, sino también práctico, pues conduce a una terapéutica eficaz: Así, en la osteomalacia, el calcio y la vitamina D actúan devolviendo la normalidad a los enfermos. En la osteosis paratiroidea la ablación del adenoma pone fin a una enfermedad grave. En la osteoporosis, mientras el calcio y la vitamina D no tienen acción eficaz, los esteroides estrogénicos y androgénicos administrados en dosis suficientes, no tardan en aminorar los dolores y en hacer posible la vuelta a la vida activa.

Gran interés tienen las formas mixtas, o sea, la coexistencia de osteoporosis y osteomalacia, por estar asociada una carencia fosfocálcica, de origen alimenticio o digestivo, a una insuficiencia osteoblástica de origen postmenopáusico o senil. Clínica y radiológicamente se comportan como osteoporóticos, así como también en las pruebas de sobrecarga cálcica y de vitamina D, en que la calciuria sube lentamente. En cambio, el examen histológico revela, junto a las trabéculas óseas delgadas y atróficas de la osteoporosis, la presencia de tejido osteoide característico de la osteomalacia.—PÉREZ GIL.

APARATO CIRCULATORIO

GRIFFITH, G.—«TRATAMIENTO MÉDICO DEL CARDIÓPATA QUIRÚRGICO.» *«Clínicas Médicas de Norteamérica», julio 1959, págs. 1.037-1.047. Edit. Interamericana, S. A.*

EN términos generales, una cardiopatía orgánica que reduce poco o nada la actividad física, no aumenta el peligro operatorio.

La hipertensión es un hallazgo extraordinariamente frecuente en esta clase de pacientes. La hipertensión, por sí sola, no constituye peligro.

La arterioesclerosis ya puede tener más trascendencia; disminuye la capacidad de las arterias para compensar las situaciones de alarma y las caídas de tensión arterial. La presión sanguínea elevada tiene mayor tendencia a romper un vaso debilitado por placas ateromatosas; en cambio, la hipotensión facilita la formación de trombos en las arterias ateroescleróticas. Debe sospecharse ateroesclerosis de coronarias en todos los adultos con diabetes, hipertensión o mixedema.

Por sí so'a, la angina de pecho no contraindica la operación. Sin embargo, si las crisis son cada vez más frecuentes, se producen incluso estando el paciente en reposo o ya no responden rápidamente a los vasodilatadores, la posible inminencia de una trombosis obliga a posponer la operación.

El infarto de miocardio agudo es una con-

traindicación para operar. En presencia de infarto curado o por lo menos que tenga uno y medio a cuatro meses de fecha de evolución, podrá sufrir intervención.

Los pacientes con cardiopatías congénitas presentan a menudo cortocircuitos de derecha a izquierda, y viceversa. Los de derecha a izquierda disminuyen la reserva cardíaca y pueden originar descompensación. Los de izquierda a derecha se toleran mejor porque les falta a éstos la cianosis y además por la aparición en aquéllos de policitemia como mecanismo compensador, con el consiguiente riesgo de formación de trombosis.

Tanto la estenosis valvular como la insuficiencia, dificultan el paso de la sangre por el corazón, aumentando el trabajo de éste. Si esta dificultad de paso no es muy intensa, la reserva cardíaca sólo está ligeramente disminuída. El clínico tiene que decidir en qué momento la intervención será beneficiosa para el paciente. Tiene que considerar tres factores: el grado de invalidez crónica del paciente; la mejoría, si la hay, del estado del paciente a consecuencia de un buen tratamiento médico, y la rapidez con la cual el estado del paciente va empeorando. El beneficio que se obtiene por apertura de la estenosis en corazón derecho es inmediato; en cambio, en el corazón izquierdo el beneficio se manifiesta más lentamente y quizá no sea completo hasta varios meses después de la operación.

Los candidatos a la cirugía pueden presentar trastornos de la conducción. Las arritmias de tipo funcional son innocuas, pero las de naturaleza orgánica deben tratarse llevando la frecuencia ventricular a cifras normales usando digital. La fibrilación auricular no tiene excesiva importancia. La taquicardia ventricular indica grave enfermedad miocárdica y debe tratarse previamente con quinidina. El bloqueo cardíaco completo en un tiempo se consideraba contraindicación; actualmente nos sentimos inclinados a pensar más allá del bloqueo de rama o del bloqueo cardíaco completo, considerando la enfermedad fundamental.

En enfermedades respiratorias crónicas aumentan los peligros de la anestesia y la intervención. El enfisema pulmonar se considera como uno de los procesos más invalidantes, porque el cambio de gas es insuficiente y el aumento de las secreciones hace difícil el administrar un anestésico general. Hay que efectuar estudios de la función pulmonar para determinar su reserva.

Cuidado preoperatorio.—Las infecciones por virus y bacterias deberán suprimirse. La ventilación pulmonar se mejorará ya por presiones positivas intermitentes, ya por aerosoles. La insuficiencia congestiva restringiendo la sal y el uso de diuréticos: el miocardio se sostendrá con proteínas y glucosa. La carditis se tratará con salicilatos y corticoides.

La cloropromazina, la prometazina y otros tranquilizantes enérgicos, así como hipotensores del tipo de la reserpina, debieran suprimirse en el tratamiento preoperatorio, para que no persistiera la acción hipotensora en la sesión operatoria. Para evitar reacciones hipoglucémicas durante la operación, los pacientes que han estado tomando insulina deben llegar a la mesa de operaciones con cierta elevación de glucosa en sangre.

La frecuencia y el ritmo cardíaco se tratan con digital hasta lograr que el corazón lata a una frecuencia de 80 por minuto, como máximo, después de esfuerzos ligeros. En la cirugía a corazón abierto se aconseja el uso de la dibenamina, por su capacidad de proteger contra endotoxinas originadas en el intestino durante el tiempo en que esta víscera tiene el riego disminuído.

Por último, es conveniente la preparación psicológica del paciente.

Operaciones cardíacas: Períodos que requieren cuidado meticuloso.—Al corregir la tetralogía de Fallot, tal tiempo sería el de apertura del pericardio, cuando una presión excesiva por parte del anestesista sobre el saco de inhalación puede obligar mucho al corazón En tales circunstancias puede dar lugar a un cuadro de asistolia.

Al corregir la estenosis pulmonar, el momento de peligro es cuando se abre el ventrículo derecho con la hemorragia resultante, la exploración con sonda de la arteria pulmonar y el cierre pericárdico.

Al cerrar un conducto arterioso persistente, un momento que merece atención es aquel en el cual el conducto empieza a ocluirse. Al cerrar la fístula, la presión diastólica sube; en raros casos puede haber hipotensión, edema pulmonar, aumento de la presión venosa o taquicardia. Indican la necesidad de interrumpir la operación quirúrgica. Cuando las presiones pulmonar y general son iguales, hay gran peligro de hemorragia e insuficiencia cardíaca.

Cuando hay coartación aórtica, el pinzamiento previo de la aorta tiene por consecuencia un aumento de presión sistólica que permanece elevada hasta después de efectuada la anastómosis y se quitan pinzas. Inmediatamente después de restablecerse el paso, la presión cae bruscamente cuando la sangre va a parar a la mitad inferior del cuerpo. Si la presión baja durante más de cinco minutos, con la consecuente replección inadecuada de las coronarias, debe utilizarse una solución diluída de un vasopresor.

Al cerrar defectos del tabique auricular, la sutura de paredes puede causar arritmias. Si no van seguidos de insuficiencia cardíaca, no es preciso el uso de la digital. Durante la operación, la aparición de cianosis de cabeza, cara y extremidades superiores indica producción de una oclusión aguda de la cava superior por presión ejercida sobre el vaso.

En el curso del tratamiento quirúrgico de la estenosis mitral hay que proteger al cerebro contra las embolias. Un buen método es ocluir el tronco braquiocefálico y la carótida primitiva izquierda mientras se abre la aurícula. El cerebro no puede quedar privado de sangre oxigenada más allá de un minuto. Las arritmias que se observan durante la operación de estenosis aórtica son extrasístoles ventriculares, taquicardia y fibrilación ventricular. Estas arritmias se combatirán utilizando sangre oxigenada más allá de un minuto. Las ción coronaria y estimula el marcapaso supraventricular.

En capítulos posteriores habla el autor de las precauciones que hay que adoptar en intervenciones no cardíacas, de la anestesia, destacando la no conveniencia de usar barbitúricos, morfina (si se emplea, en pequeñas cantidades), y no se recurrirá a la anestesia raquídea alta. Que hay que evitar el éter en pacientes diabéticos. Termina el trabajo dando algunas normas para el tratamiento postoperatorio.—LAFUENTE.

LABORATORIO

BERGGARD, I.—«SOBRE EL FRACCIONAMIENTO DE PROTEÍNAS Y MUCOPOLISACÁRIDOS EN LA ORINA DE INDIVIDUOS NORMALES, POR ELECTROFORESIS DE ZONA.» (*On the fractionation of proteins, glycoproteins and mucopolysaccharides in normal humann urine by zone electrophoresis.*) «*Acta Soc. Med. Upsaliensis*», *64-156. 1959.*

LA orina fue concentrada de 700 a 1.000 veces, por ultrafiltración y posterior dialización. La electroforesis se realizó en un medio polivinilo. Los bloques fueron cortados en segmentos de 12 milímetros, en los que se determinaron proteínas, hexosa, fucosa, ácido siálico y urónico, y se comprobó que todas las proteínas eran ricas en glúcidos; una de las fracciones, por su riqueza en fucosa, podría relacionarse con la sustancia de grupo sanguíneo; otra fracción contiene más ácido sálico que cualquier glicoproteína de suero u orina. También se identificaron diversos mucopolisacáridos, algunos prácticamente libres de proteína.—PEG JUARRERO.

PERONA, G., y ZATTI, M.—«SOBRE EL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO EN LOS GRANULOCITOS NEUTRÓFILOS.» (*Sul Metamolismo dei Carboidrati nei granulociti neutrofili.*) «*Arch. Sci. biol.*», *43-307. 1959.*

LOS autores han comprobado que el consumo de oxígeno de los leucocitos neutrófilos humanos es mucho mayor cuando se suspenden en un medio de bicarbonado con atmósfera CO al 5 por ciento, que cuando se encuentran en tampón de fosfatos o de Pris.

Intentan aclarar este hecho variando las condiciones de la experiencia y comprobando que una cierta tensión de CO es necesaria para la respiración óptima de estas células, lo que puede atribuirse a la existencia de procesos de carboxilización.

Al mismo tiempo comprueban la disminución del consumo de oxígeno al aumentar la concentración en glucosa, así como la escasa proporción en que los glúcidos endógenos toman parte en el proceso metabólico.

Como el consumo de oxígeno en medio bicarbonato-CO disminuye por la adición de arsénito, podría suponerse que en la respiración de estas células juega un papel importante la oxidación del piruvato.—PEG JUARRERO.

NUTRICIÓN

RITIS, F. de, y otros (Nápoles).—«ESTUDIO CLÍNICO SOBRE UN NUEVO COMPUESTO DE SULFONILUREA, CLOROPROPAMIDA.» (*A clinical study on a new sulfonylurea compound, Chlorpropamide.*) «*Panminerva Medica*», *vol. 1, núm. 3-4, pág 110-112, julio-agosto 1959. Turin.*

LAS hipótesis aceptadas sobre el mecanismo de acción de la sulfanilurea son: a) Control de la producción de glucagón, a través de la inhibición funcional, con o sin cambios anatómicos en las células alfa de los islotes de Langerhans. b) Estímulo de la producción de insulina o incremento de la liberación de esta hormona en la sangre. c) Descenso del umbral de sensibilidad de las células insulares a los cambios de azúcar en sangre. d) Posible neoformación de células beta.

Estudian la acción de la clorpropamida (N-propil-n'-p-clhorbenzenosulfonilurea) en treinta y siete diabéticos, y exponen los resultados obtenidos, concluyendo que: 1.º Da los mejores resultados en diabetes contraídas después de los cuarenta años. 2.º Fue más eficaz en los sujetos previamente tratados con insulina (no más de cuarenta unidades por día; en los de más unidades, hasta cien diarias. En tres casos pudo reemplazar cierta cantidad de la dosis diaria). 3.º Mostró actividad a altas dosis en seis casos de diabetes severa, pero fue un tratamiento discontinuo a causa de su dudosa tolerancia. A juicio de los autores la dosis de mantenimiento es de 500 mg. por día. 4.º Los estudios de la diastasa y transaminasa sé-

ricas mostraron que esta droga, aun en dosis que excedan la media normal, no ejercen acción tóxica sobre el páncreas exocrino e hígado. Los controles de las funciones renal y sanguínea no mostraron anormalidades.—J. RIVERA.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

MERLE D'AUBIGNÉ, R., y RAMADIER, J. — «LA SUBLUXACIÓN EXTERNA DE LA RÓTULA EN LA ARTROSIS DE LA RODILLA.» (*La subluxation externe de la rotule dans l'arthrose du genou.*) «*Revue de Chirurgie ortopédique et réparatrice de l'appareil moteur*», *tomo 45, núm. 3, páginas 437-453, julio- agosto, 1959. París.*

PRESENTA siete casos de subluxación externa de la rótula acompañada de fenómenos de artrosis fémoropatelar.

La lesión consiste en una traslación externa de la rótula que provoca una alteración de la superficie articular de su faceta externa. Esta traslación se presenta en cada movimiento de flexión, y desaparece en extensión completa. En ningún momento la faceta articular externa de la rótula pierde contacto con la superficie articular del cóndilo externo. Por ello consideran que este trastorno debe ser encuadrado bajo el nombre de «subluxación externa habitual».

Las alteraciones del cartílago articular encontradas en las operaciones permiten una clasificación en tres estadios:

En la fase inicial: lesiones de condromalacia, localizadas sobre la faceta externa de la rótula. La faceta interna está intacta.

La segunda fase se caracteriza por una desaparición casi completa del cartílago articular a este nivel, con lesiones de la misma categoría sobre el cóndilo; progresivamente, el ángulo anterior del cóndilo excava un surco sobre la cara externa de la rótula. La cara interna de la misma puede estar todavía intacta. Reacción hipertrófica de la sinovial. Puede haber un principio de formación de osteofitos.

La última fase es de artrosis generalizada.

Desde el punto de vista clínico, el primer estadio se caracteriza por dolores a la marcha y a la presión de la rótula contra el fémur, y pinzamiento de la interlínea articular fémoropatelar externa sobre la radiografía axial. En la segunda fase, los trastornos funcionales son más importantes, con una marcada insuficiencia del cuadriceps y, radiológicamente, una artrosis fémororrotuliana externa con subluxación de la rótula. En el tercer período, la clínica corresponde a la de una artrosis generalizada de la rodilla, visible en la radiografía «standard». En la radiografía axial se comprueba una subluxación externa de la rótula, con importantes alteraciones artrósicas sobre la región externa.

Según los autores, la radiografía axial debe obtenerse con la pierna en flexión de cuarenta y cinco grados, y el ángulo de incidencia de los rayos con el eje del fémur debe ser de treinta grados.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con la luxación recidivante de la rótula y con la artrosis fémoropatelar esencial, en las cuales las lesiones se localizan inicialmente sobre las facetas articulares internas.

Como etiología de esta lesión, los autores dan tres hipótesis: la rotura traumática del alerón rotuliano interno, el desplazamiento de la rótula por usura artrósica de la faceta articular externa y la malformación congénita.

Como terapéutica, consideran que la operación es necesaria a partir del momento en el que hay alteraciones cartilaginosas. En la mayoría de los casos, consiste en una patelectomía, si bien, cuando las lesiones son discretas y muy localizadas, podría dar un resultado satisfactorio una excisión del cartílago, completada con una plastia muscular, tipo Krogius-Lecène (reimplantación externa de una parte del vasto interno).

Los buenos resultados de la patelectomía son debidos, en gran parte, a una enérgica reeducación funcional postoperatoria. —F. GONZALO VIVAR.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

GALLEGOS, R., y otros. — «BIOLOGÍA DE LOS ANEXOS FETALES.» «*La permeabilidad placentaria.*» «*La Semana Médica*», *página 773-796, tomo 115, núm. 20, noviembre 1959. Buenos Aires.*

DEFINEN la permeabilidad placentaria, debiendo considerar en relación con ella la membrana placentaria. La placenta (hemocorial) tiene una permeabilidad doscientas veces mayor que la de otros seres.

Estudian la membrana placentaria: 1.º, su estructura en las distintas épocas del embarazo, según el microscopio óptico universal, según el electrónico y su constitución histoquímica; 2.º, su superficie, y 3.º, su espesor.

Después exponen las condiciones hemodinámicas que gobiernan los intercambios transplacentarios, estudiando: 1.º, la circulación de la sangre placentaria de origen materno, y 2.º, la circulación de la sangre placentaria de origen fetal.

En un tercer capítulo se ocupan de las diversas sustancias existentes a uno y otro lado de la membrana de intercambio de la placenta.

En último lugar exponen los mecanismos que explicarían el pasaje de los distintos constituyentes de la sangre, materna o fetal, a través de la membrana placentaria, examinando la difusión simple, la difusión por moléculas portadoras, la actividad celular selectiva de la membrana placentaria y el pasaje directo por soluciones de continuidad. — J. RIVERA.

DAITSCH, J. — «LEUCOQUERATOSIS VULVOVAGINALES.» «*La Semana Médica*», «*Cátedra de postgraduados*», *págs. 288-289, tomo 115, núm. 11 (Apéndice), 10 de julio de 1959. Buenos Aires.*

ESTUDIA el autor los cuadros de atrofia senil simple, craurosis vulvar, esclerodermia, leucoplasia, eritroplasia de Queyrat.

En el tratamiento aconseja la destrucción en leucoplasia y eritroplasia, por su carácter pre y epiteliomatoso. La atrofia y la craurosis mejoran con la estrogenoterapia local y general. El liquen escleroatrófico y la esclerodermia son susceptibles de mejorar con los nuevos corticoesteroides combinados a los antipalúdicos de síntesis.—J. RIVERA.

PATOLOGÍA

ARELLANO PARRA, M. A. — «PAROTIDITIS.» «*La Semana Médica. Cátedra de postgraduados*», *pág. 382-383, tomo 115 (apéndice), núm. 16, agosto 1959. Buenos Aires.*

EL autor trató esta enfermedad con reposo, oxitetraciclina, calcio y vitamina C, apareciendo orquitis una vez dados de alta los dos casos.

Más tarde, teniendo en cuenta las características de la afección, basada sobre todo en un proceso flogístico glandular y considerando, por otra parte, las propiedades antiflogísticas, antiálgicas y antipiréticas de la irgapirina, ensaya este producto a la dosis media de una gragea tres veces al día. Trata así seis casos que duran de dos a cinco días y que transcurren sin complicaciones.

Posteriormente, piensa que la butazolidina, uno de los integrantes de la irgapirina, pudiese ser igualmente efectiva. Ensaya este medicamento a la dosis de una gragea tres veces al día los dos primeros y luego sólo dos veces al día una gragea. Obtiene los mismos resultados.

No observa incidentes desagradables, la tolerancia fue perfecta, evita la aparición de síntomas tardíos y la restitución al trabajo se hace en un lapso de tiempo de dos a tres veces menor que con los tratamientos anteriormente usados.—J. RIVERA.

PEDIATRÍA

ARVI YLPPÖ (Helsinki, Finlandia).—«NUEVOS ASPECTOS DEL NIÑO PREMATURO Y DE LA PREMATURIDAD.» (*New aspects on premature children and prematurity and pediatrics.*) «*Revista Cubana de Pediatría*», *vol. XXX, núm. 9, septiembre 1958. La Habana.*

INTERESANTE resulta resumir este trabajo de uno de los estudiosos de la prematuridad que más han colaborado en el progreso de esta cada vez más importantísima rama de la pediatría.

Se trata de la comunicación que el profesor Ylppö presentó al VII Congreso Internacional de Pediatría.

No cabe la menor duda de que la prematuridad es uno de los factores más importantes de la mortalidad infantil.

Y esto se confirma con el hecho de que en los países en los que la mortalidad infantil alcanza la cifra del 5 por ciento, la mitad de los niños fallecidos son precisamente prematuros.

El Centro de Prematuridad de Finlandia consigue el control más estrecho de los niños prematuros, a cambio de que cada madre visite el Centro desde el cuarto mes de la gestación; ya que, si no lo hace, pierde el derecho a reclamar el beneficio de la maternidad.

Por esto la incidencia de la prematuridad descendió hasta el 5 por ciento, aunque haya habido trastornos tan importantes que la favorezcan, como han sido las evacuaciones en masa y demás dificultades bélicas.

Afirma el autor que las Pascuas (esfuerzos domésticos de limpieza del hogar de las mujeres y demás) y los meses de enero a marzo favorecen la prematuridad.

El autor encuentra favorable a la prematuridad, además de las toxemias, las infecciones de virus y otras infecciones.

Se encuentra en el 30 por ciento de los supervivientes alteraciones patológicas, tales como neumonías, etc.; porque las infecciones intrauterinas, la anestesia de la madre y la ruptura de los capilares por la gran presión durante el parto, son causas de daño pulmonar en los prematuros que mueren nada más nacer.

Es decir, que los tan frecuentes trastornos respiratorios de los prematuros suelen ser originados antes del nacimiento.

La *membrana hialina* fue encontrada en el 15 por ciento de los prematuros autopsiados.

Realizan experimentos en animales, encontrando las mismas, sobre todo después de los vómitos y aspiraciones.

La *neumonitis intersticial* por plasmazellen dio una mortalidad del 30 al 80 por ciento. Proceso quizá producido por un virus, con propagación epidemiológica, resistente a los antibióticos, que el autor trata con oxigenoterapia, con catéter fino de polietileno, que a través de la nariz se introduce hasta el estómago, donde puede permanecer colocado varios días. El autor encontró una desaparición de la cianosis que justifica la fácil absorción del oxígeno a través de los capilares intestinales.

La *fibroplasia retrolental* es otro proceso digno de ser destacado entre los específicos de la prematuridad y los causantes de su mortalidad. En Norteamérica aparece en el 12 por ciento de los menores de 1'300 gramos. A pesar de todas las teorías habidas en pro de una etiología en la que jugase su principal papel el abuso de la oxigenoterapia con una humidificación escasa, el autor no le da mucha importancia a ésto y cree más posible un origen viral como primer factor etiológico.

Es muy importante proporcionar al prematuro agua con el 5 por ciento de glucosa para evitar su exicosis y, con ésta, los trastornos de su acidosis consecutiva en sangre, cerebro y filtración glomerular.

Otra consecuencia a la que llega el autor es que el mejor alimento para estos niños es la leche materna, tan fresca como sea posible.

En la lucha contra las infecciones juegan importante papel las lámparas ultravioletas, que desinfectan el aire de las salas de prematuros.

Aun con la mayor meticulosidad, la mortalidad de los prematuros es alta, ya que suele llegar al 20 por ciento como mínimo.

Por las diferentes condiciones de hospitales y hasta procedimientos de tratamientos y medios de actuación, es tan diferente en los distintos países, que se hace muy difícil comparar estadísticas.

La mayoría de los prematuros se desarrollan normalmente, aunque haya un 10 por ciento de prematuros que tengan defectos mentales y físicos tardíos.

Hay otros que presentan discretas alteraciones, tales como gracilidad, ligera exoftalmía y aumento en el contenido de ácido pirúvico de la sangre, que puede persistir toda la vida.

Concluye el autor esta interesante comunicación haciendo constar que, al menos, hay algo que es certero: «Mientras más numerosas sean nuestras investigaciones científicas y mejores nuestros métodos, obtendremos mejores resultados en nuestros fines en esta rama de la Pediatría».—A. MALLÓU.

TISIOLOGÍA

CURCI, G., y SCOZIA, A. (Nápoles).—«LA ACCIÓN DE LA CORTISONA SOBRE LA TUBERCULOSIS EXPERIMENTAL DE LOS COBAYOS CON CEPAS ISONIACIDORRESISTENTES.» (*L'Azcione del cortisone sulla tbc. sperimentale della cavia da ceppi isoniazido-resistenti.*) «*Archiv. di Tis. e Mall. App. Respir*», *12, 611. 1957.*

No es posible, dice el autor, tratar en este artículo de la compleja teoría de Selye y las numerosas deducciones a que ha dado lugar, pudiendo decirse que el estudio del eje hipófisis-suprarrenal ha sido excesivamente fragmentado, perdiendo con la teoría su unidad funcional, poniendo en evidencia muchos fenómenos que son solamente secundarios. No está clara aún la actuación del ACTH y de la Cortisona, pudiendo decirse que estas sustancias actúan manteniendo la homeostasis y que su acción es inespecífica completamente, teniendo como punto de ataque la membrana celular misma. El término homeostasis, largamente empleado en la modernísima ciencia de los *robots* y de la cibernética, indica la tendencia a mantener el normal equilibrio de determinados sistemas fisiológicos frente a una causa perturbante. Ejemplos claros: la tasa glicémica mantenida por un complejo juego de hormonas o la concentración azotémica, que tiende a mantenerse constante en cuanto un eventual aumento induce una mayor excreción renal de urea o, viceversa, según las leyes de Ambard.

Frente a un insulto, donde quiera que se halle la actuación del sistema hipófisis suprarrenal, tiende a moderar la reacción local a favor de la más vital capacidad de reacción general del organismo entero. En otras palabras, las hormonas correspondientes tienden a evitar el gasto inútil de energía orgánica con la excesiva defensa de puestos secundarios avanzados y potenciar, en su lugar, la resistencia sobre líneas verdaderamente esenciales de defensa. Este complejo juego interreactivo se realiza con entera independencia del sistema nervioso, lo que hace considerar con escepticismo los modernos puntos de vista de la biología soviética (Speranskij), que atribuye una función preeminente, en el desarrollo de los procesos morbosos, al sistema nervioso. La teoría de Selye tiene flancos fácilmente atacables. Sistemas puramente físicos o físicoquímicos obedecen a la ley de Le Chatelier. Toda acción que altera un equilibrio produce una contrarreacción que tiende a mantenerlo. La adición de sal a una solución ya hecha disminuye la temperatura de ésta, ya que obstaculiza la ulterior disolución de la misma, y la variación de una corriente eléctrica en un circuito provoca, por autoinducción, la formación de una corriente directa en sentido opuesto a la citada variación. Un aumento de la presión en una mezcla de gas, tiende a favorecer la reacción de síntesis con disminución del número de moléculas presentes y, por lo tanto, con disminución de la presión y viceversa. Selye ya fue partidario de tratar la tuberculosis como proceso latente. Muchos opinaron que la acción hormonal era opuesta, mientras que otros creían en una acción antiinfectiva. Faltó el acuerdo en los dos grupos por no ser idénticos en los modos y dosis en la experimentación. La acción deprimente del ACTH y Cortisona es evidente en las meningitis por su acción antibloqueante del exudado serofibrinoso para otros. Facilita que allí lleguen los antibióticos, si bien evita que se forme una barrera conectiva perilesional, lo que se combate con los bacteriósticos el tal peligro de difusión y permite que actúen éstos sobre los bacilos «protegidos», según la terminología de Monaldi. El peligro existiría, pues quedando sin barreras la lesión, quizá queden libres los bacilos resistentes. Probado esto experimentalmente, concluyen los autores que pueden tratarse con hormonas y antibióticos, porque los bacteriostáticos inhiben los gérmenes sensibles y los resistentes no están dotados de una virulencia suficiente como para aprovecharse de la disminuída defensa local, y en el caso de que en la estreptomicinorresistencia existan gérmenes muy virulentos, no es de temer porque, al fin y al cabo, son sensibles a la hidrazida.—SAMITIER.

FALDELLA, G. (Torino).—«PRESENTE Y PORVENIR DE LA FOTORRADIOGRAFÍA.» (*Presente ed avvenire della schermografia.*) «*Minerva Medica*», *12, 433, 1958.*

Leemos que en el Japón se fotoseriaron en 1953 el 94-99 por ciento de la población, y al mismo tiempo se les hizo un pequeño cuestionario a cada uno y fueron también investigados cómo reaccionaban a la tuberculina. En 1952, en Inglaterra sólo se alcanzó el 10 por ciento de la población, y en el resto de las naciones se llega sólo al 5 u 8 por ciento. Una cosa es la fotorradiografía de masa, según Abreu, y otra la fotorradiografía individual, al igual que la radioscopia u otro medio de investigación radiológica. Se espera que el empleo de tubos radiógenos evite el gran aparato que supone el transportar el equipo a lugares de difícil suministro de luz o de implantación. Hay una fotorradiografía social cuantitativa y otra clínica o cualitativa. Extiende su empleo al examen craneal para buscar ciertas afinidades con trastornos psíquicos. Otros la emplean en otras partes del esqueleto. Pueden compaginarse ambos métodos, el examen fotorradiográfico al mismo tiempo que la radioscopia, tal como se hace en los dispensarios, método este último que contacta más al médico con el enfermo, aun en los breves instantes que permite hablar a ambos. — SAMITIER.

NITTI, V.—«LA TIOAMIDA DEL ÁCIDO ALFA-ETIL-ISONICOTÍNICO Y SU ACTIVIDAD ANTIMICOBACTÉRICA IN VITRO.» (*La tioamide dell'acido alfa etil isonicotinica e la sua acttivita antimicobacterica in vitro.*) «*Archiv. di Tis. e Mal. App. Respir.*», *14, 819. 1959.*

Es un quimioterápico activo contra el bacilo de Koch, incluso contra las cepas resistentes a la hidrazida corriente. Más activa a PH ácido y menos si hay albúmina en el cultivo. La cantidad bacilar la influencia restando eficacia. La aparición de tioamidaresistencia es precoz, siendo su acción parecida a la hidrazida vulgar, pero no dándose en ella la resistencia cruzada.—SAMITIER.

SAVIANO, G. (Nápoles). — «LA NEUMONITIS INTERSTICIAL DE VIRUS POLIOMIELÍTICOS.» *(La pneumonite interstiziale da virus poliomielitici.)* «*Arch. di Tissiol. e Mal. App. Resp.*», *14, 129. 1959.*

Los virus poliomielíticos se pueden localizar en el pulmón. Más que un hallazgo clínico, constituye una observación en la autopsia. La participación del cuadro pulmonar unido al espinal o bulbar lleva irremediablemente al paciente a un desenlace fatal de su enfermedad. El aspecto cianótico, disneico, con burbujas respiratorias en la base y posición inspiratoria del enfermo, son síntomas que se deben destacar.—SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960
SOCIEDADES Y ACADEMIAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

(SECCIÓN DEL EBRO)

Resumen de las sesiones celebradas durante el curso 1959-1960

SESIÓN DEL DÍA 31 DE OCTUBRE DE 1959

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria, acompañado del Presidente del Colegio de Médicos, doctor Celma; del Presidente de la Real Academia de Medicina, doctor Oliver; del Vicepresidente de la misma, doctor Noailles, y del Jefe Provincial de los Servicios Sanitarios del S. O. E., doctor Jordana de Pozas.

Para no restar tiempo al acto, se omitió la lectura de la Memoria-resumen de Secretaría, del curso anterior, por el secretario general de la entidad, doctor Ramón Abelló.

HORNO LIRIA, R. — Abre la sesión para hacer la introducción del conferenciante, con las siguientes palabras:

NUEVAMENTE nos reunimos hoy para dar comienzo a las tareas iniciales de un nuevo curso.

Durante las etapas de los años precedentes, poco a poco, y con una labor perseverante, hemos visto agruparse a nuestro lado a casi todos los compañeros de especialidad, y esto nos satisface plenamente y nos alienta en el camino emprendido, que tiende a ser imitado por otros grupos de especialistas.

En el día de hoy, tenemos la satisfacción y el honor de que inicie nuestras tareas una gran figura de la medicina nacional, el doctor don Juan Bosch Marín. Su figura es lo suficientemente popular y conocida para que yo os la describa.

Como todos sabéis es levantino, nacido en esa preciosa región lindante con las nuestras y con las que, en un pasado glorioso, integró el Reino de Aragón. Allí cursó sus estudios y se licenció con sobresaliente y premio extraordinario. Alcanzó después el título de Médico-Puericultor en la primera promoción que se formó. Y desde ese momento su carrera ha sido una brillante acumulación de méritos en la especialidad. Sabéis que es académico de la Nacional de Medicina, que es Jefe de la Sección de Higiene infantil de la Dirección general de Sanidad, que posee la Encomienda con placa de la Orden Civil de Sanidad, que es Presidente de Honor de la Asociación de Pediatras españoles, que es Vicepresidente del Consejo Superior de Protección de menores, representante de España en congresos y asambleas internacionales, etc., etc.

Pero sobre todo esto hay dos aspectos que yo quisiera destacar: uno, el haber sido el creador en España de la atención oficial a las mujeres gestantes, extendiendo la protección y tutela en el orden preventivo y social, organizando la Maternología de una manera eficiente y moderna. Otro, su gran actividad en el campo del periodismo médico-social. Es director de «Acta Pediátrica Española», miembro de la Asociación de Escritores, y publicista laborioso, autor de varios libros y trabajos favorablemente comentados y elogiados.

Por eso sus enseñanzas en esta noche, sobre tema en el que tiene tanto dominio, y enlazado con el que la «Organización Mundial de la Salud» ha dispuesto como de preferente atención este año: la Salud Mental, ha de resultar interesante y aleccionador para todos nosotros en grado sumo.

Antes de concederle el uso de la palabra quiero, por último, agradecerle muy cordialmente su atención al desplazarse, y hacerle presente nuestra bienvenida afectuosa en nombre de esta Sociedad Ginecológica de Aragón.

BOSCH MARÍN, J. — «MATERNOLOGÍA SOCIAL Y SALUD MENTAL.»

TRAS unas palabras de afectuosa y cordial gratitud, y de justificación sobre la actualidad del tema, 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 prematrimonial. Proclamó cómo la educación comienza en la cuna y cómo el niño debe ser positivamente deseado.



Pasó después a tratar 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 controlados en el pasado año en los servicios obstétricos del Seguro Oficial de Enfermedad, el 26 por ciento lo habían sido en clínicas de maternidad.

Expresó la trascendencia sanitaria del parto sin dolor, refiriéndose a sus fundamentos. Destacó también el interés de la preparación de los futuros padres.

Se pregunta qué resultados se desprenden de toda esa labor, y manifiesta que al comienzo de 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.

Terminó su interesante conferencia sentando la siguiente conclusión: «Cuidemos de la alimentación correcta de los niños. Vacunémoslos contra las enfermedades evitables. Establezcamos estrecha relación entre tocólogos y puericultores, para 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.»

SESIÓN DEL DÍA 25 DE NOVIEMBRE DE 1959

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

LORÉN ESTEBAN, S. — «CONSIDERACIONES SOBRE UNA SERIE DE HISTEROSALPINGOGRAFÍAS.»

TRAS resaltar la importancia de este procedimiento de exploración radiológica del útero y trompas, mediante la introducción de una sustancia de contraste, describió las imágenes normales y patológicas más corrientes, pasando después a señalar las indicaciones esenciales para su empleo.

A continuación proyectó una importante serie de observaciones personales, sobre las cuales fue analizando, en detalle, las características esenciales radiográficas y clínicas.

Señaló como indicaciones: la investigación de las causas de esterilidad; el diagnóstico de los tumores benignos (pólipos, fibromas) y malignos, para apreciar su grado de extensión; y, finalmente, la búsqueda de datos sobre malformaciones, tonicidad muscular, estados de hiperplasia, etc., dando detalles sobre las imágenes de paso intraperitoneal.

La proyección de los numerosos clisés presentados, pusieron en evidencia su dominio de la técnica y la precisión de los datos que con esta exploración se consiguen.

Horno Liria, R. — Felicita al conferenciante por la notable colección de clisés presentados y hace algunas consideraciones sobre las lesiones uterinas y tubáricas, refiriéndose de modo particular al síndrome descrito por Asherman, de las sinequias uterinas, muy frecuente después de legrados, y que determinan una esterilidad secundaria.

SESIÓN DEL DÍA 3 DE DICIEMBRE DE 1959

Proyección de films científicos

EN esta fecha, y por deferencia del director de «Laboratorios Casén», don Pedro Luis Roncalés, se exhibieron en sus locales, para los miembros de esta Sociedad Ginecológica, cuatro films facilitados por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, de Ginebra (Suiza), que fueron los siguientes: «*Extracción de la cabeza fetal mediante el fórceps de Gilles*», «*Operación de plástica uretral*», «*Técnica de la histerectomía abdominal total, según Aldridge*» y «*Gimnástica durante el embarazo, según Malcovati*». Se proyectó también un cortometraje del último congreso de Obstetricia y Ginecología celebrado en Valencia en la pasada primavera.

Durante el intermedio, los asistentes fueron obsequiados amablemente con una copa de vino español, por el personal de la casa, que, como de costumbre, colmó de atencio-

nes a los ginecólogos, que quedaron muy reconocidos por ello, así como por las películas proyectadas en el programa.

Sesión del día 27 de enero de 1960

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

HORNO LIRIA, R. — «Anoxia fetal, su prevención y tratamiento.» *

Da comienzo a la sesión con unas palabras de saludo, y hace un breve resumen de los acontecimientos más destacados en el campo ginecológico, desde la última reunión celebrada en diciembre.

Seguidamente se refiere a la *anoxia fetal*, concepto que ha sustituído al antiguo de asfixia, y que todavía hoy es la causante de más de la cuarta parte de las muertes de niños en el nacimiento.

Estudia las causas que conducen a ella durante la gestación y, sobre todo, en el parto, y que llevan a la aparición de signos de sufrimiento fetal, que son los que plantean el problema urgente del tratamiento.

Señala los medios para evitar y reducir los riesgos de anoxia, insistiendo en la prudencia en el uso de analgésicos y anestésicos generales; en la administración de oxígeno a la madre, en forma intermitente durante el parto; en no dejar prolongarse excesivamente la duración de éste; en la suavidad en las intervenciones; en la ampliación, sin abuso, de la operación cesárea; en una palabra, en utilizar todas las circunstancias para evitar que el niño sufra. Finalmente, se refirió a la oxigenoterapia y reanimación en el recién nacido, previa desostrucción de sus vías respiratorias.

Discusión

Intervinieron los siguientes asociados:

Savirón, R. — Señala la importancia de la aparición de meconio como signo de alarma en los estados hipóxicos. Preconiza en todos estos casos la ligadura diferida del cordón.

Lorén, S. — Pregunta si el empleo del *vacum extractor* puede dar lugar a estados de anoxia.

Vicente Carceller, M. — Se refiere al efecto beneficioso en favor del recién nacido mediante la utilización del método preconizado por González-Allas, que él ha podido comprobar en numerosas ocasiones.

Roncalés, M. — Se refiere a estudios estadísticos comparativos de fetos nacidos en partos espontáneos y en los de mujeres preparadas por el método psicoprofiláctico, señalando que en los primeros es más frecuente el empleo de oxitócicos y el intervencionismo que puede producir lesiones neurológicas tardías en el feto.

Blanco, F. — Se refiere al mecanismo de absorción del oxígeno, a la acción que en los estados hipóxicos tienen los centros bulbares respiratorios y a la favorable acción conseguida en algunos casos mediante la onfaloclisis con suero y sustancias estimulantes de los centros corticales.

Ramón Vinós, A. — Señala la influencia nociva que en algunos casos puede ejercer la hipoxia «in situ» por un factor selectivo de localización.

Martínez Bazán, G. — Recomienda el empleo, en todos los casos de parto prolongado y agotamiento materno, de medicación a la madre por vía endovenosa con vehículo de suero gluco-salino, y también la administración al recién nacido de «Micorén».

Ramón Abelló, P. — Señala el importantísimo papel que las sustancias anestésicas y analgésicas tienen en la producción de este verdadero trauma químico, y recomienda el empleo de los miorrelajadores, en vez de las sustancias espasmolíticas, siempre de acción más peligrosa que aquéllos.

Jiménez, L. — Solicita aclaración al porqué del empleo de oxígeno incluso por vía digestiva en los casos graves de anoxia fetal, por parecer una vía poco apta.

Rectificación

Horno Liria, R. — Agradece sinceramente la intervención de cuantos han participado en el comentario de su comunicación y responde a cada una de las preguntas formuladas, ratificando las líneas generales de conducta expuestas en su disertación.

Sesión del día 24 de febrero de 1960

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

TORREJÓN, M. — «Un caso de rotura uterina por presentación transversal.» *

Refiere el caso de una presentación transversal, abandonada por negligencia de la parturiente (mujer con nueve partos normales anteriores), y que condujo a una rotura espontánea de útero y extenso desgarro de los tejidos blandos adyacentes.

Describe la técnica seguida y el tratamiento de recuperación y postoperatorio, que consiguió salvar la vida de la enferma.

Examina las causas etiopatogénicas que pueden haber actuado como causantes de las lesiones producidas, haciendo unas consideraciones finales sobre la vigilancia a que han de estar sometidas estas embarazadas y la conveniencia de ser asistidas siempre en un medio quirúrgico.

* Publicada íntegramente en «Matronas», número 3, páginas 93-105, marzo 1960. Madrid.

* Publicado completo en «Clínica y Laboratorio», número 410, páginas 356-358, mayo 1960. Zaragoza.

Discusión

Ramón Vinós, A. — Después de felicitar al ponente por su brillante comunicación y excelente resultado, y ante un caso desgraciado sufrido por él, aconseja colocar, juntamente a la intervención laparotónica, una sonda permanente en la vejiga que nos oriente sobre la posible rotura de la vejiga urinaria junto con el segmento urinario inferior y proceder en consecuencia.

Roncalés, M. — Hace algunas consideraciones sobre la frecuencia con que se observan desgarros parciales o completos del músculo uterino, y el interés de darse cuenta de ellos con rapidez, para proceder a su solución inmediata.

Teixeira, E. — Felicita al ponente y expone varios casos de roturas silenciosas, abonando en el criterio de Dexeus de revisar postparto los casos de distocia que han tenido un período largo de expulsión o precisado maniobras correctoras de la presentación.

Sancho Castellano, J. — Hace referencia a un caso de rotura de fondo de útero en una parturienta con útero en período expulsivo, a la que fue inyectada una ampolla de pituitrina al ingresar en la Maternidad. Se le hizo el diagnóstico de rotura y fallece durante la operación. Lo menciona por lo raro que son las roturas fúndicas. En los antecedentes de la enferma figuraba el de un aborto reciente que motivó un legrado uterino, causa predisponente, sin duda, de esta rotura.

Martínez Bazán, G. — Aporta una serie de consideraciones sobre el tratamiento y refiere algunos casos observados.

Gómez Salinas, M.ª P. — Comenta el caso de una rotura de útero en una multípara con presentación de hombro encajada, en la que, por el sondaje previo a la laparotomía, salió orina hematúrica, por lo que se sospechó una rotura de vejiga. En la intervención se vio que no era así, sino que la cabeza fetal, que había salido a través de la rotura que se efectuó en lado izquierdo, comprimía el uréter del mismo lado. A la enferma se le practicó una histerectomía y se le dio de alta, curada, a los diez días.

Horno Liria, R. — El problema de las roturas uterinas es siempre temible para el tocólogo por los riesgos de muerte materna y fetal que plantean, y también por el desdoro y bochorno que muchas suponen para quien las asiste.

Refiriéndose a las causas que pueden motivarlas, señala que son muy variadas, ya que unas veces se deben a la retracción ante un obstáculo, por ejemplo una desproporción pelvi-fetal, que es lo que más roturas espontáneas da. Otras, a una distensión exagerada por maniobras violentas o por traumatismos; algunas, a lesiones cicatrizales anteriores (cesáreas) y también por motivos patológicos (lesiones inflamatorias o neoplásicas).

Señala el gran interés que en la sintomatología tiene el síndrome de Bandl-Frommel, y, posteriormente, el shock y la hemorragia.

Por último, aconseja que ante toda amenaza de rotura se haga primeramente un tratamiento médico, nunca tocológico; solamente después de sedar y calmar, debe procurarse la extracción fetal del modo menos lesivo.

Rectificación

Torrejón, M. - Agradece las palabras de cuantos han intervenido y comenta algunos de los conceptos expresados, reiterando sus anteriores manifestaciones.

Sesión del día 23 de marzo de 1960

Proyección de films científicos.

En esta fecha, y como en anteriores ocasiones, en colaboración con «Laboratorios Casén», que amablemente accedieron a ello, atendiendo además con exquisita cortesía a los asistentes, se proyectaron las siguientes películas facilitadas por la «Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia», de Ginebra (Suiza): «*Fisiología hormonal de la menstruación*», «*Técnica de la operación del prolapso uterino (operación de Manchester-Fothergill), y técnica de la histerectomía vaginal en el prolapso uterino*», «*Operación de una fístula vésico-vaginal*» y «*Leucorrea y su tratamiento*».

Todas fueron atentamente seguidas y comentadas, saliendo muy complacidos de las atenciones recibidas.

Sesión del día 23 de abril de 1960

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

HORNO LIRIA, R. — Dedica unas palabras de bienvenida y de saludo al profesor Bonilla, catedrático de Ginecología de la Facultad de Valencia, trazando una rápida semblanza del mismo y de su obra, y termina haciéndole presente la gratitud y el afecto de todos los asistentes.

BONILLA, F. — «La morfogénesis del útero y sus problemas clínicos.»

Después de agradecer el saludo y la cordialidad con que se le recibe, el disertante señala que los conceptos de anomalías uterinas por defectos de fusión del útero,

así como los de hipoplasia e infantilismo uterinos parecen claros. Sin embargo, el confusionismo es evidente. Muchos autores emplean indistintamente los términos de útero infantil e hipoplásico para referirse a sus



pacientes; otros los consideran como anomalías diversas, otros como grados distintos de una misma anomalía de desarrollo.

Si clínicamente no parece fácil el diagnóstico diferencial, pareció que la histerografía iba a resolver el problema. Con todo, ha ocurrido lo contrario. Una misma imagen histerosalpingográfica es interpretada por unos autores como útero infantil, por otros como arcuatus, bicorne o útero de transición.

Ello nos llevó al convencimiento de que había algún error inicial en todas estas interpretaciones. Y nos vimos sorprendidos por la falta de un estudio sistemático del desarrollo uterino durante la época fetal. Las histerografías de setenta y cuatro úteros fetales nos convencieron de la multiplicidad de formas, tanto que las hemos clasificado en nueve tipos. Se trata de formas meramente evolutivas, hasta el punto de que el 83 por ciento de los úteros de las recién nacidas a término tienen una cavidad uterina de forma triangular, normal.

Sobre esta base llegamos a la conclusión de que el único dato propio del útero infantil es la desproporción cuerpo-cuello. Y también hemos observado que todas las formas del útero fetal se observan en los úteros de mujeres adultas.

Proponemos dividir las anomalías de desarrollo uterinos en tres tipos: úteros infantiles, atávicos y rudimentarios.

En nuestro material histerosalpingográfico, formado por trescientos ochenta y siete casos, observamos un porcentaje de anomalías del 40 por ciento; porcentaje que puede parecer excesivo, pero que es, incluso, inferior al dado por otros autores.

Predominan en nuestro material los úteros infantiles, siguen después los atávicos, en tercer lugar los rudimentarios.

Clínicamente los problemas fundamentales de estas anomalías uterinas son esterilidad e infertilidad. No tenemos material de control de histerografías en casos de fertilidad normal; por lo que no nos atrevemos a sacar conclusiones con respecto a la esterilidad de estas pacientes. Por lo que a la infertilidad respecta, se comprueba una interrupción prematura en el 85 por ciento de los casos. Se trata de abortos precoces, generalmente. Cuando se comprueban abortos tardíos o partos prematuros, entra en juego otro factor: el de la insuficiencia cervical. El pronóstico de la fertilidad es sombrío, pues el número de gestaciones a término, con o sin tratamiento, es escaso.

Su interesante exposición, que fue apoyada con abundante material de observación y con la proyección de numerosas diapositivas de piezas y de histerosalpingografías, fue muy aplaudida.

Sesión del día 20 de mayo de 1960

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

HORNO LIRIA, R. — Hace un cumplido elogio del conferenciante, dando cuenta de sus méritos y destacando su labor como Jefe Clínico del Servicio de Endocrinología del llorado doctor Marañón, como autor de obras muy notables y como poseedor de preciadas distinciones, tales como la Encomienda de Alfonso X el Sabio y otras; termina dedicándole unas palabras de saludo y bienvenida.

ALVAREZ COCA, M.—«El síndrome bocio-mastopatía-mioma-metropatía.»

Con estilo flúido y preciso desarrolló con gran acierto el tema, dedicando, en primer lugar, un emocionado recuerdo a su maestro y guía, el profesor Marañón.

Comenzó definiendo este síndrome como un cuadro clínico caracterizado por la agrupación de síntomas que suelen tener un mismo mecanismo patogénico motivado por causas productoras diferentes.

Analizó sus características sintomatológicas y los cuadros clínicos habituales de presentación, tanto en mujeres solteras, en las que predominan los factores foliculínicos sobre los luteínicos, como en las climatéricas, en las que sobresalen los síntomas de hipertensión, hirsutismo, glucosuria y, a veces, obesidad, como consecuencia de la reacción

hipotálamo-hipofisaria. Señala que las formas clínicas, según los casos, pueden tener una proyección principalmente ginecológica o médica.



Indica que el tratamiento requiere la estrecha colaboración entre el internista y el ginecólogo, e irá fundamentalmente orientado a eliminar las distintas causas de hiperestronismo por una terapéutica médica o quirúrgica. Esta vigilancia es particularmente importante durante el climaterio.

Insiste, finalmente, en que este síndrome es una realidad clínica indudable, y muy frecuente, por lo que debe ser conocido por los médicos generales y por los ginecólogos, para llegar así a conseguir, mediante la eficaz colaboración, unos resultados brillantes.

Al final de su disertación fue premiado con prolongados aplausos.

Sesión del día 8 de junio de 1960

Presidencia: D. Ricardo Horno Liria

DELGADO SERRANO, R., y JORDÁ SERRA, E. — «Manifestaciones dolorosas en gestación y parto de origen sacro-lumbar. Orientaciones terapéuticas.»

Presenta la comunicación el doctor Delgado Serrano, y ruega disculpen la ausencia, por motivos profesionales, de su compañero comunicante el traumatólogo doctor Jordá Serra.

Hace, en primer lugar, un ligero esbozo de las manifestaciones clínicas que, por influencia del embarazo y sus cambios metabólicos, endocrinos, etc., afectando a las articulaciones sacroilíacas y sínfilis pubiana, constituyen el síndrome de «*artropatía pélvico-gravídica*». Con todo, puede que en el conjunto de esa sintomatología se haya echado en olvido el factor «columna vertebral», y de ésta, un punto interesante de la columna lumbar, la articulación VL-IS, que por su importante papel en la estática y dinámica del organismo merece llamarse «charnela lumbo-sacra».

A continuación señala la importancia de un trípode funcional entre ella y las articulaciones pubiana y sacroilíaca, que en un todo funcional son indispensables desde el punto de vista anatómico y funcional, máxime en la gestación.

Estudia seguidamente los llamados «dolores posturales de la gestación, subdividiéndolos en anteriores o abdomino-pélvicos y posteriores o sacrolumbares. Después de pasar revista a las causas de los primeros y sus fundamentos nerviosos, hace clínica de los mismos, no insistiendo, por ser conocido, en el síndrome de disyunción sinfisario o de relajación pubiana.

Sí, recalca, los dolores posturales posteriores o lumbares, que se manifiestan en dos entidades clínicas evidentes en la gestación: 1) lumbalgia, y 2) lumbociática.

Para ello, antes de entrar en la clínica, hace una reseña breve del llamado por Michotte, paralelepípedo sacrolumbar, con sus componentes óseos interesantes (vértebras VL y IS), y disco intervertebral, con sus componentes ligamentosos, anillo fibroso y núcleo pulposo o gelatinoso. Finaliza esta reseña con un ligero repaso funcional de cada uno de los elementos anatómicos.

Pasa a continuación a estudiar la *lumbalgia gravídica*, analizando sus causas y patogenia local, no olvidando el factor de fatiga muscular, así como los desplazamientos de las vísceras abdominales en la mujer y el fallo de la capa muscular perineal como predisponentes al mantenimiento de aquélla en la gestación, y sus tardías consecuencias ginecológicas.

Pasa después a consideraciones etiopatogénicas de la lumbociática en la gestación. Para lo cual hace primeramente un estudio etiológico de su aparición en la gravidez, y después de indicar la etiología neurítica, ad frigore, estacional, reumática o consecuente a focos infecciosos, trata de la *ciática por origen discal*, entidad nosológica que en los tratados de la especialidad no es considerada actualmente. Los comunicantes creen que la gravidez *predispone* por alteraciones mecánicas, metabólicas, lordóticas exageradas, etc., a la *hernia del disco*, bien entendido que ésta no es siempre consecuencia de causas violentas o traumáticas súbitas, sino que, como piensan Bastos y otros, se trata, en muchos casos, de quistes por licuación o reblandecimiento, que hacen protrusión, a modo de aneurismas, en el canal vertebral, y siempre en dirección posterior

hacia la porción más débil de la pared posterior del disco o del ligamento vertebral común posterior.

La gestación predispone a degeneraciones del menisco intervertebral en esta charnela lumbosacra, responsable de la hiperlordosis de la gestación, sobre todo en el término de la misma, de tal modo que podría hablarse de una pre-espondilolistesis, por encontrarse una verdadera inestabilidad lumbar, a consecuencia de déficit ligamentosos o capsulares, al igual que ocurre en las otras articulaciones pelvianas. La relajación ligamentosa total de la gestante, los cambios en la composición del disco y la resultante de un paralelógramo de fuerzas (peso corporal, vertical y fuerza horizontal de tracción, quizá modificada oblicuamente por el peso del útero grávido, actuando sobre el cuerpo de la VL), pueden originar una movilización, siquiera sea discreta, de la VL, y una efracción de las fibras del anillo fibroso discal. Todo ese conjunto de factores predisponen a la hernia del disco y se cumplen en la gestación.

A continuación, hacen una reseña sintomática diferencial entre las *ciáticas neuríticas* y las *ciáticas de origen discal*, como norma a tener en cuenta en la clínica corriente.

Señalan después orientaciones terapéuticas para la lumbalgia y lumbociáticas neurítica y de origen discal.

Para la neurítica: revisión de focos sépticos, vitamínicos B_1, B_6 y B_{12}, a dosis altas, así como el uso a la larga del mismo, sin reserva alguna, de los derivados pirazolónicos, no olvidando, de ningún modo, el tratamiento del cuadro gestósico coincidente, si lo hubiere. No son aconsejables los preparados yodados, ni la fisioterapia.

Para la ciática de origen discal: la intervención en casos graves sólo es recomendable cuando la sintomatología álgica fuese marcadísima, en el primer trimestre de la gestación.

Luego, inyectables de hidrocortisona intrarraquídea y tratamiento postural. Reposo en cama dura y analgésicos a larga mano. Profilácticamente, si la ciática es rebelde antes del parto y la pelvis es estrecha, la cesárea abdominal estará muy indicada.

Dedican la última parte de su comunicación al estudio de las manifestaciones dolorosas sacrolumbares, en su origen, durante el parto. Critican el término anglosajón de «*parálisis materna del parto*». Analizan este cuadro, y después de hacer una reseña clínico-sintomatológica comparan la similitud con el cuadro de una ciática por origen discal ya señalado.

Aquí, en el parto, la producción de una hernia del disco es traumática, violenta, a tenor del proceder descrito por Petit-Dutaillis y De Seze de «*flexión y extensión contrarias*». Este mecanismo se da en el parto cuando es, sobre todo, largo, terminado instrumentalmente, con esfuerzos expulsivos violentos, posturas de Walcher o Devraigne, fórceps a lo Lantuejoul, etc. Ya es asequibles, pues, que la hernia del disco tenga aquí carácter violento, que hay que agregar sobre su terreno predisponente, como se ha indicado en la exposición anterior, durante la gestación.

La terapéutica, pues, ha de obedecer a la gravedad o levedad de los síntomas álgicos o paralíticos secundarios.

Será *quirúrgico* o *médico*. Si aquél, la extirpación del disco irá acompañada de una artrodesis lumbrosacra.

Será médico en los casos leves, a tenor de: reposo de seis a diez semanas, vitamínico y fisioterápico, conjuntamente con reeducación de la marcha y funcional de los músculos afectados.

Finaliza el comunicante, insistiendo en que es preciso buscar la colaboración cuando hay circunstancias clínicas que hagan temer sobre el futuro porvenir de la mujer que ha padecido una sintomatología pertinaz y difícil en su tratamiento, dando valor a un síntoma lumbociático, al que en principio no es posible desechar como de vana importancia.

El disertante, seguido con gran atención, fue objeto de prolongados aplausos. A continuación, el presidente pronunció unas palabras de felicitación al conferenciante y declaró clausurado el curso 1959-60.

* * *

Después de la conferencia se celebró la junta general reglamentaria para la designación de la nueva Junta que ha de regir durante otros dos años la marcha de la Sociedad.

El Presidente, doctor Horno, expresó su deseo formal y terminante de ser reemplazado en este cargo que desde la fundación ha venido desempeñando.

Por votación fue elegida la siguiente Junta:

Presidente, doctor Luis Jiménez; *vicepresidente*, doctor Savirón Feliu; *secretario*, doctor Mariano Horno, y *tesorero*, doctor Martínez Bazán.

El nuevo presidente, profesor Jiménez, dedicó unas palabras de gratitud y de saludo, y el acto terminó con un voto de felicitación para la Junta saliente, por su brillante actuación durante su mandato.

Por la noche, en el «Restaurante Taf», se celebró el clásico banquete de confraternidad, que puso agradable fin a las tareas del curso.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 413 - TOMO LXX
AGOSTO 1960
SECCIÓN VARIA

MATRIMONIOS REALES EN LAS DINASTÍAS HISPANO-PORTUGUESAS CONSANGUINIDADES, ESTERILIDAD, AMOR PASIONAL Y SANTIDAD

Anotaciones médicas

POR EL

DR. CÉSAR FERNÁNDEZ-RUIZ

DIRECTOR DE LA MATERNIDAD DE PALENCIA
DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA Y DE BELLAS ARTES DE VALLADOLID
DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ESCRITORES MÉDICOS

PALENCIA

DESDE el siglo XI la historia de España y Portugal se enlaza tan estrechamente que nada de lo que sucede en un reino es indiferente al otro. Guerras y tratados políticos, intrigas de señores, defensa contra el moro, común enemigo peninsular, todo giraba en torno a convenios de los que casi siempre salía como arreglo o alianza un matrimonio de reyes o príncipes, aunque a veces tales combinaciones pacíficas en torno del tálamo nupcial fueran el frecuente motivo de otras discordias, a veces muy cruentas, y causa de mayores males que los que con ellos se trataba de evitar.

Tanto en España como en Portugal, el viajero curioso encuentra a su paso por iglesias y viejos monasterios dispersos por ambos pueblos, que ninguna razón natural justifica su separación cuando los une la común geografía, el mismo origen e idéntico destino, monumentales sepulcros que son el perenne recuerdo de pasadas glorias, o la conmemoración de motivos de amor o de dolor, que por la elevada condición de sus protagonistas se hicieron históricos; algunos hermosos romances que la tradición y la leyenda conservan con especial atractivo para el visitante, o figuras ejemplares que por su santidad mueven a respeto y veneración.

Y paralelamente a la trama política se puede ir siguiendo también «*la trayectoria biológica*», resultado de aquellos absurdos convenios matrimoniales precoces, matrimonios concertados desde niños, prematuramente consumados con la consiguiente «esterilidad fisiológica puberal» (ciclos anovuladores en el desarrollo endocrino normal) que motivaron, sin razón, precipitados repudios o ulteriores rectificaciones de acuerdos, no siempre pacíficas; y, sobre todo, aquel afán desafortunado, pero tenazmente repetido de manera suicida de *matrimoniar entre parientes*, lo que la Iglesia trataba de impedir con mejor intención que eficacia la mayoría de las veces, por la necesidad de dispensa de parentesco, admitiendo la consanguinidad hasta el séptimo grado según San Isidoro, que a partir de 1215 se redujo al grado cuarto para mayor facilidad; y no hace demasiados años que el Papa León XIII advertía a las dinastías reinantes en el mundo «*que no conce-*

dería dispensa autorizando matrimonios consanguíneos», aconsejando a los príncipes uniones extrañas a sus Casas para evitar la degeneración.

Este temor era natural, y nuestro Cervantes ya pensaba «que había dos clases de razas, una con origen en reyes y príncipes que poco a poco el tiempo y la mala fortuna la hicieron decaer; y otra que sale de abajo y sube hasta producir grandes señores: la una ha sido lo que ya no es, y la otra es lo que no fue».

La herencia —dijo el doctor Cullére— es la gran fuerza que gobierna al mundo, sin duda por las consideraciones expuestas; pero convengamos que sobre ella se ignora casi todo, que es una cuestión cargada de misterios y de sorpresas, y que si la consanguinidad no es perjudicial cuando los padres están libres de enfermedades hereditarias, sí lo es en el caso contrario. Por otra parte, hay que valorar en aquellos reyes la llamada justamente «*herencia del absolutismo*», carácter que se imprime a la descendencia. Por estas razones vemos cómo a veces los bastardos reforzaban, vitalizándola con nueva savia, la decadencia de una familia, y cómo las *repetidas uniones entre próximos parientes «acumulan taras hereditarias» de trascendencia histórica* y de innegable influencia sobre la mortinatalidad, la prematuridad, la infertilidad, la debilidad congénita y la mortalidad; esa «*bárbara consanguinidad*», al decir de Marañón, *motivo de tantos desastres biológicos;* y de esos errores hubo muchos ejemplos en las dos dinastías.

Este breve estudio surgió como resultado de un viaje por el vecino país que me permitió admirar la belleza de los monasterios de Batalha y Alcobasa, el encanto de Coimbra en su «Quinta de las Lágrimas», mientras oía a un anciano explicar con unción el trágico amor de D. Pedro y D.ª Inés de Castro; la detenida visita a la cercana iglesia de Santa Clara, destinada al culto de la «Reina Santa», romance y culto de los que está impregnada la vida de Coimbra, con la circunstancia de que *ambas mujeres, pecadora de amor la una, y Santa la otra, fueron españolas,* razón más que suficiente para mover mi natural curiosidad; la majestuosa arquitectura de Busaco y de Cintra; y el nocturno recorrido por la vieja fortaleza de Valenza do Minho, y tantas cosas más que de la común historia guarda la vieja y atrayente Lisboa antigua.

Así pues, no es éste un estudio erudito, sino una relación de las muchas y a veces curiosas relaciones matrimoniales que unieron y separaron ambos reinos a través de los siglos; un guión en el que habrá cosas que rectificar en más detenidas investigaciones, pero que me pareció de interés, *y que ofrezco gustoso a los buenos amigos y colegas de Portugal.*

Viudo Alfonso VI de León, tuvo de su amiga D.ª Jimena Núñez de Guzmán una hija llamada Teresa, que al casar con Enrique de Borgoña en 1095 llevó como dote «*el Condado de Portugal*», al principio casi limitado a Porto, como compensación a los grandes servicios guerreros que D. Enrique prestara al rey leonés, y que más tarde se extendió hasta Coimbra. Estos fueron los padres de D. Alfonso Enriquez, *el que elevó el Condado a Reino,* de donde se infiere que *el Reino de Portugal tuvo su origen en el Reino de León.*

Preocupó mucho en su día a los autores portugueses, creo yo que innecesariamente, la bastardía de D.ª Teresa, lo que no era ningún desdoro para ella ni para la dinastía que creó, porque el propio rey García VI de Navarra casó con una hija bastarda de Alfonso VII de Castilla, y como más adelante sucedió en otros enlaces en el mismo Portugal.

Si D.ª Jimena fue o no mujer legítima de Alfonso VI, además de parienta suya. parece aclararlo el epitafio que reza (1128):

Aquella a quien Dios libre de pena,
Jimena por nombre,
del viudo Rey Alfonso «fui amiga».
La riqueza, la hermosura y el linaje,
las costumbres, las galas,
me rindieron al gusto «del amante».

Es claro que el dato de la bastardía de D.ª Teresa tiene trascendencia histórica, pero en sentido diferente al del linaje, porque si fuera hija legítima del rey siendo como era la mayor, hubiera sido sucesora en los reinos de León y de Castilla, y, sin embargo, quien los heredó en sucesión fue D.ª Urraca, la hija de D.ª Constanza, desgraciadamente, porque su despotismo y desmedida sensualidad fueron causa de muchos y prolongados males en el reino. Murió repentinamente en Saldaña (Palencia).

Los movimientos de tropas que por entonces hubo entre España y Portugal, la mayoría no fueron motivados por pleito sucesorio a todas luces sin fundamento legal, sino por rivalidades entre vecinos señores, ya iniciadas en vida de D. Alfonso; otros sí fueron dirigidos por la propia D.ª Teresa contra su medio hermana. Inmediatamente después de la muerte de D. Enrique, Portugal «tituló Reina a D.ª Teresa», si bien sometida al Reino de León.

Una hija del primer rey portugués D. Alfonso Enriquez y de la reina Mafalda (Matilde), la princesa Urraca de Portugal, casó con Fernando II de León, siendo así *la primera Reina Española de origen portugués,* nieta de D.ª Teresa y, por tanto, bisnieta de Alfonso VI de Castilla, mas a pesar de tan cercano parentesco los dos reinos tuvieron frecuentes guerras. Tardó D.ª Urraca en tener sucesión hasta 1171, en que nació su único hijo, Alfonso, no teniendo más descendencia porque en 1175, *por parentesco no dispensado,* siendo ambos *primos segundos,* nietos de hermanas, se obligó a la separación, pero el hijo Alfonso heredó a su padre.

Alfonso IX de León, cuyo reinado comenzó a los diecisiete años, para arreglar cuestiones entre los reinos *casó con su prima carnal* la primogénita del rey de Portugal, D.ª Teresa Sánchez, hija de D. Sancho y D.ª Dulce, hermosa criatura y de gran talento, que por obediencia a las necesidades políticas, buscando la unión entre León y Portugal frente al poderío de Alfonso VIII de Castilla, aceptó el matrimonio (1191) en contra de su vocación religiosa. Es sabido que en la vida de los príncipes el amor no cuenta, y ello es motivo, muchas veces, de graves *entorpecimientos políticos derivados de un íntimo desacuerdo.* La princesa portuguesa era nieta del conde de Barcelona, D. Ramón Berenguer IV, y de D.ª Petronila, heredera y después reina de Aragón, es decir, de origen próximo español.

Tuvo tres hijos, Fernando, Sancha y Dulce, esta última criada en la corte portuguesa de su abuelo, y *los tres murieron sin sucesión,* porque Fernando murió muy joven quedando como herederas sus hermanas que renunciaron al derecho sucesorio en favor de su medio hermano Fernando «el Santo», rey de Castilla, retirándose ellas al monasterio cisterciense de Villabuena, fundado por su madre.

Es curioso el dato que hemos de ver repetido, que al cabo de cinco años de matrimonio y de la aludida descendencia (1191-1196) la real pareja tuvo que separarse por disposición del Papa Inocencio III, ratificada por Celestino III bajo excomunión, retirándose al fin la reina al monasterio de Lorvaón, cerca de Coimbra, de la Orden del Cister, tras haber tomado el hábito en Villabuena.

Con tal motivo se refiere un Concilio en Salamanca, en el que frente a la mayoría de los obispos que consideraban nulo el matrimonio real, otros lo admi-

tían basados en que «la consanguinidad no era impedimento de derecho divino ni eclesiástico, sino tan sólo civil y político». Tal declaración les valió la excomunión a los prelados. Pero todo tiene explicación, que nos da el P. Flórez [1], porque «*casados los reyes ante eclesiásticos —in face ecclesie— los hijos no pueden considerarse ilegítimos;* el impedimento (parentesco) era motivo de que el vínculo fuera disuelto, porque interviniendo la autoridad y contradicción de la Iglesia se declaraba la nulidad, pero *los hijos que nacieran antes siguen la condición de origen*». A mi modo de ver, antes y después, porque las hijas nacidas después de Fernando, cuando ya había intervenido Roma, también fueron legitimadas.

Entonces comprendemos bien la tozudez y desmedida ambición de aquellos reyes que, como el propio D. Alfonso, se unió de nuevo a *otra parienta suya,* D.ª Berenguela, *y separado de ella por las mismas razones, volvió a intentar nueva unión con su ex mujer* cuando ésta, más tarde, fue reina de Castilla... ¡a pesar de la excomunión!

Porque Alfonso IX, divorciado, para consolidar la paz entre los reinos contrae nuevo matrimonio, en 1197, con D.ª Berenguela la Grande, hija del rey Alfonso VIII de Castilla. D.ª Berenguela tuvo cinco hijos, Leonor, Fernando (el Santo), Alfonso (de Molina), Constanza y Berenguela. Fernando nació en pleno monte, en 1199, durante un viaje de la reina, en el Montano, entre Zamora y Salamanca, lugar conmemorado por el monasterio cisterciense de Valparaíso, y fue criado en lactancia materna, raro ejemplo en aquella época en la que esos imperiosos deberes maternales eran generalmente omitidos con el consiguiente perjuicio para los hijos.

Siendo niño, y en viaje a Burgos (1209), dice la crónica que padeció una grave enfermedad, «ni comía, ni dormía, y su cuerpo era ya comida de gusanos, muchos e grandes», de la que curó milagrosamente por intercesión de la Virgen de Oña, según cantó Alfonso X el Sabio:

Ca dormir nunca podia,
nen comida nen migalla,
é vermes del sain
multos é grandes, sin falla,
ca á morte ya venera
ca vida sen batalla...
é pois ant'o da Reyna
Virgen Santa Gloriosa
rogandolle que agyna
en tan grand'enfermedade
posesse la meezina...
é de sa enfermedade
lle deu saude comprida,
é de dormir vountade,
é depois que foi esperto
logo de comer pedia...

Las capitulaciones de este matrimonio entre Alfonso IX y D.ª Berenguela parecen ser que tuvieron lugar en Palencia; y claro es, al cabo de seis años de convivencia, y de cinco hijos, la Reina Prudentísima tuvo que divorciarse.

[1] P. Enrique Flórez: «Reinas Católicas de España», 1761, edic. 1951.

Nota verdaderamente ejemplar de esta época es la reunión de aquellas dos mujeres extraordinarias y reinas, esposas sucesivas del mismo marido, D.ª Teresa, con sus hábitos monacales y madre de las dos infantas, y D.ª Berenguela, madre de San Fernando (1231), celebrada en Valencia de Don Juan (algunos dicen en Valenza do Minho), que a punto de estallar la guerra lograron, por mutuo acuerdo y cesión de indiscutibles y mutuos derechos sucesorios, con alto espíritu de gobierno y sentido de su responsabilidad, lograron la unión de León y de Castilla en la corona de D. Fernando, de donde resulta que este trascendental hecho histórico se debió a la sensatez ejemplar de una reina portugusa y al tacto y habilidad política de otra reina castellana: dos mujeres que decidieron en un momento el destino de sus pueblos en una encrucijada política difícil, y que por ello puede denominarse con justicia «*la paz de las mujeres*».

Cumplida su misión y pacificados los inquietos reinos, volvió a su refugio de Lorvaón la que iba a ser *Reina Santa Teresa,* allí hizo milagros, su santidad fue públicamente reconocida, y como su hermana D.ª Sancha fue declarada «bienaventurada» por Clemente XI en 1705. Murió en 1250.

Ya está otra vez libre tras *dos divorcios por parentesco* el rey Alfonso IX, y vuelve a matrimoniar, aunque algunos historiadores dudan de la legitimidad de esta unión, con D.ª Teresa Gil, de Portugal, hija de D. Gil Vázquez de Soberosa y de D.ª María Ayras de Fornelos, que había sido esta D.ª María amiga del rey Sancho I de Portugal, y de este nuevo matrimonio hubo cuatro hijos, entre ellos Martín Alfonso, que casó con D.ª María Méndes de Sosa, portuguesa, y D.ª Sancha Alfonso, Santa que se venera en el templo de Santa Fe, de Toledo, y que algunos admiten casada antes con Simón Roiz, sin sucesión; pero esto no lo acepta el P. Flórez, quien dice haberse tratado sencillamente de un compromiso, porque D.ª Sancha afirmaba «más quiero yo a mi Deus que al Conde de Puteus», y su vida estuvo consagrada a la religión, en el monasterio de Santa Eufemia de Cozollos, obispado de Palencia, del que no quiso salir más. Dice la leyenda que iban los cocheros que conducían su carruaje con los ojos vendados por mandato de la infanta para que ignoraran su destino, y al llegar a este lugar los caballos se pararon a la puerta del monasterio negándose a seguir, lo que D.ª Sancha consideró providencial, diciendo: «gracias, Señor, aquí te serviré», y allí murió (1270), conservándose tan sólo su sepulcro, porque los restos fueron más tarde trasladados a Toledo.

Entre los hijos del matrimonio de D. Alfonso y D.ª Teresa estuvo D.ª María o Mayor Guillén de Guzmán, que fue mujer del conde Alvaro Fernández de Lara, y después amiga del rey castellano Alfonso X, de quien tuvo una hija llamada *Beatriz,* nacida en Burgos, que reinó en Portugal con su esposo Alfonso III (1253), y que fue la hija predilecta del Rey Sabio, la única que atenuó los sinsabores y amarguras que le proporcionaron sus hijos legítimos, acompañándole hasta su muerte.

El rey Alfonso de Portugal, hijo de D.ª Urraca de Castilla, casado en Francia con la condesa Matilde de Boloña, volvió para apoderarse del trono de su hermano Sancho II «el Capelo», poco hábil para gobernar, y entonces casó con D.ª *Beatriz de Castilla* por haber sido *estéril su anterior matrimonio*; el nuevo enlace se celebró a pesar de los impedimentos del Papa, y más tarde fue legalizado por muerte de la primera esposa. Nacieron dos hijos, Blanca y Dionisio, sucesor en el reino. D.ª Beatriz murió en 1303 y está enterrada en Alcobasa.

Otro enlace fue el de un hijo de D. Alfonso de Molina, nieto de D.ª Berenguela, que casó con D.ª Violante Manuel de Portugal.

Tuvo el rey Alfonso IX por amiga a D.ª Aldonza Martínez de Silva, hija del conde D. Martín, unión fértil entre cuyos hijos estuvo D.ª Aldonza Ruiz, que casó con D. Esteban Fernández de Castro, señor de Lemos (Galicia), y *de los que descienden los Castros*, familia de gran influencia en las Cortes de Castilla y Portugal, y a la que pertenece como bisnieta la célebre y bella D.ª Inés de Castro, cuyo importante papel histórico referiré después; y otra hija fue D.ª Teresa de Lara, que yace enterrada en San Pablo de Palencia.

Otra amiga de Alfonso IX fue D.ª Inés Iñíguez de Mendoza, hija de D. Iñigo, señor de Llodio, de la que el rey tuvo una hija, Urraca, que casó con D. Lope Díaz de Haro, señor de Vizcaya, de quien nació *D.ª Mencia*, mujer del rey Sancho II de Portugal, aunque algunos autores rechazan este matrimonio que dicen no hubiera sido autorizado por parentesco, razón poco convincente según vamos viendo. Este rey D. Alfonso fue verdaderamente un hombre prolífico, porque entre sus siete mujeres, que la historia conozca, tres de ellas reinas, tuvo dieciocho hijos a lo largo de sus cuarenta y dos años de reinado.

De Alfonso VIII de Castilla, el Noble, el Bueno, el de las Navas, y de D.ª Leonor de Inglaterra nacieron doce hijos, entre ellos D.ª Berenguela, casada con el rey de León; D.ª Urraca, nacida en 1187, y D.ª Blanca, en 1188, en Palencia, muy hermosa y apuesta, que casó con el rey Luis VIII de Francia por la sencilla razón de que a los mensajeros del rey francés no les gustó el nombre de Urraca, y que fue después la madre de San Luis y una excelente reina, modelo de mujeres, de la que Francia se sintió orgullosa. Los franceses «*han por costumbre ver primero de vista aquella que ha de casar con su rey antes que se fuese el casamiento...*», y eligieron a esta infanta D.ª Blanca, «de quien se pagaron mucho del nombre, e por muy apuesta, *en el su parecer non le podien reprender ninguna cosa*», lo que quiere ser algo así como *un anticipo del reconocimiento prematrimonial*, que estuvo muy en boga en aquella corte tiempo después.

La cronología de estas dos infantas es importante, porque de haber sido primogénita D.ª Blanca, como pretendieron algunos historiadores franceses, la corona de Castilla hubiera ido a manos de San Luis, su hijo, y no a las de San Fernando, hijo de la hermana mayor, D.ª Berenguela.

Otro hijo logrado en este matrimonio fue D. Enrique (1204), ya que todos los demás murieron muy precozmente; fue una prole numerosa, pero malograda, a pesar de que en este caso no existía directa consanguinidad.

D.ª Urraca casó, en 1201, con Alfonso II de Portugal, de cuyo matrimonio nacieron cuatro hijos, que tres fueron reyes: Sancho «el Capelo» y Alfonso, que reinaron en Portugal; D.ª Leonor, reina de Dinamarca, y el infante D. Fernando, falleciendo D.ª Urraca, en Coimbra, en 1220, sepultada en Alcobasa.

Al morir Alfonso VIII fue coronado Enrique I, de once años, bajo la tutela de su hermana mayor, la gran D.ª Berenguela, reinado que pudo haber sido feliz de no haberlo alterado la desmedida ambición de los condes de Lara con la persecución de D.ª Berenguela, precisamente por sus excelentes cualidades como regente, y esta reina, con su hermana Leonor, tuvo que retirarse a vivir en Autillo, aldea cercana a Frechilla, en Palencia, desde donde pudo conocer bien el verdadero estado de Castilla.

El joven rey D. Enrique, entristecido por la injusta persecución de su hermana, era una víctima del conde de Lara, quien planeó en Palencia el matrimonio del pequeño rey de doce años con D.ª Mafalda de Portugal, hija de Sancho I y de D.ª Dulce (1215), diez años mayor que el rey Enrique y muy hermosa; pero el matrimonio no pasó de proyecto, según refiere detalladamente el erudito P. Jesús

Alvarez, gracias a la intervención de D.ª Berenguela ante el Papa Inocencio III, que lo declaró *ilícito por parentesco de tercer grado*, en cuya gestión intervino el obispo de Palencia, y volvió la presunta reina virgen a Portugal (1216), dedicando su vida a la religión, que era su vocación, en el monasterio Bernardo de Aronca, tratándose de su beatificación. El joven rey D. Enrique murió en Palencia, de accidente, cuando jugaba en el patio del palacio episcopal (1217), y ni aun muerto dejó de ser juguete del revoltoso conde de Lara, quien trasladó el cadáver a Tariego, intentando por este medio poco digno apoderarse del príncipe D. Fernando, el futuro rey. Este fue el momento en que D.ª Berenguela volvió a ocupar el trono de Castilla, y la circunstancia que movió la ambición de su ex marido, el rey de León, para proponerle nueva unión, según aludí antes.



Busto policromado de la Reina Santa, tallado en madera. Lleva las armas de Portugal y de Aragón, y en el pecho un relicario de plata con la siguiente inscripción: † *ex osse* Cct Ellisabet.* La reliquia debe ser falsa, pues no consta que el cadáver haya sido mutilado.

(Museo «Federico Marés», de Barcelona.)

De D. Sancho IV el Bravo y D.ª María la Grande, *matrimonio consanguíneo* en segundo grado, sin dispensa, hubo mucha sucesión, ocho hijos, entre ellos la infanta *Beatriz* (1293), que casó con Alfonso IV de Portugal, con dispensa de *parentesco* (1309), y de ellos nacieron *D.ª María*, que reinó en Castilla con Alfonso XI; *D. Pedro*, sucesor en la corona portuguesa; y *D.ª Leonor*, que casó con D. Pedro IV el Cruel o el Ceremonioso de Aragón, de lo que resulta que tres príncipes portugueses ocuparon al mismo tiempo tres tronos peninsulares. Demuéstrase la habilidad política de D.ª María al haber logrado que sus hijos habidos de matrimonio no dispensado fueran legitimados. Durante su reinado-regencia se trató del matrimonio del joven rey castellano Fernando IV con D.ª Constanza de Portugal, al mismo tiempo que el de la infanta Beatriz con el heredero de aquel reino, todo ello para asegurar alianzas políticas de mutua ayuda bélica. D.ª Constanza era hija del Rey Poeta D. Dionisio y de D.ª Isabel de Aragón, «la Reina Santa» de Coimbra, y, en consecuencia, los contrayentes eran *primos en segundo grado*, pero dispensado el parentesco se celebró la boda en Valladolid, en 1302.

Detengamos la atención en esta *Reina Santa* de Portugal que fue *D.ª Isabel de Aragón*, cuya vida inspiró a poetas, escritores y artistas, y cuyo recuerdo lleno de veneración sigue perenne en Coimbra vinculado a la iglesia de Santa Clara, lugar al que demostró en vida todas sus preferencias, así como al inmediato Pazo que hizo para su descanso.

Esta extraordinaria mujer aragonesa nació en Zaragoza, en el palacio de la Aljafería, y según las investigaciones de S. Antúnes Rodrigues [2] no fue nieta de Santa Isabel de Hungría, como figura, sino hija de D.ª Violante de Hungría y de D. Jaime el Conquistador, y, por tanto, sobrina-nieta de Santa Isabel.

Desde que en 1282 casó con D. Dionisio, «el Rey Poeta y Labrador», que no le guardó ninguna fidelidad, fue reina de Portugal, dotada de excepcionales cualidades de virtud y bondad que le valieron el título de «Reina Pacificadora, Reina de seda y luz», de gran comprensión y talento, tuvo una notable actividad política según se deduce de su epistolario y documentos recopilados por S. Antúnes; fue consejera del rey y mediadora directa en difíciles pleitos entre Castilla y Aragón, y en el mismo Portugal apaciguando la inquietud de D. Alfonso en rebeldía contra su padre el rey, lo que costó a D.ª Isabel que los intrigantes de la corte provocaran su destierro en Alenquer, cuando todo su delito fuera la reconciliación entre el rey y su hijo evitando una guerra civil, lo que al fin fue comprendido, volviendo a ganar la confianza de su marido, a pesar de lo cual no perdía éste oportunidad de regalar generoso su cariño a cuantas damas se ponían a su alcance, confiando después a los cuidados de la propia reina el fruto de esos amoríos, a lo que D.ª Isabel no se negó jamás, cumpliendo este penoso deber con amor maternal, sin duda como un sacrificio que aceptaba gustosa mirando al Cielo.

En sus dolencias tuvo como *médicos de cámara* a Maestres Bernalte, Pedro, Tomé, Martinho, e hizo llamar en alguna ocasión al sabio filósofo y médico valenciano «Maestre Arnaldo de Villanova», que ejercía en Barcelona con gran fama, aquel notable reformador que con espíritu de investigador se dice que llegó a crear miembros humanos en sus experiencias con las células germinales, en cuyas experiencias «no quiso persistir por no tentar a Dios y obligarle a que introdujese ánima en aquella materia»; aquel médico que fue amigo de Papas, embajador del rey Jaime II de Aragón y médico de Pedro III. La misma reina portuguesa era aficionada a la medicina por cuanto le servía en sus constantes obras de caridad, refiriéndose que en cierta ocasión curó una herida sangrante de la cabeza de un leproso aplicando sobre ella clara de huevo que rápidamente hizo cesar la hemorragia y el dolor.

Dice la crónica que *la reina murió de calenturas*, posible infección palúdica muy frecuente en la época, sobre cuyo episodio tiene un importante trabajo que no he podido revisar, el médico portugués Dr. José Crespo. Fue elevada a los altares por Urbano VIII en 1625. Reina portuguesa, Santa y española, esta excepcional mujer llenó toda una época histórica.

Hija de D.ª Constanza fue Leonor (1307) princesa niña que a los cuatro años fue prometida al infante Jaime de Aragón, pero al realizarse en 1319 el matrimonio, y acabada la ceremonia el infante renunció a la esposa y a los derechos sucesorios, por lo que regresó D.ª Leonor virgen a Castilla, volviendo a reinar en Aragón en 1329, pero casada con Alfonso IV, breve reinado porque el rey falleció en 1336 dejando dos hijos; entre uno y otro embarazo transcurrió bastante tiempo, y del último nació, en Salamanca, el príncipe heredero D. Alfonso.

Alfonso XI casó a los quince años, en Valladolid (1325), con D.ª Constanza Manuel, de doce, hija del noble y poderoso señor D. Juan Manuel, tutor del rey, pero las intrigas, que se llaman a veces razones políticas, difíciles de comprender, condujeron a *un repudio*, motivo de infinidad de conflictos políticos y bélicos, de resulta de los cuales hallamos, en 1340, a D.ª Constanza casada con el infante portugués D. Pedro, de cuyo matrimonio nos vamos a ocupar.

[2] «Rainha Santa». S. Antúnes Rodrigues. Lisboa, 1958.

Sólo tres años estuvo nuestro rey casado con D.ª Constanza Manuel, y repudiada ésta volvió a casar con D.ª María de Portugal, aquella princesa nieta de la Reina Santa, Isabel de Aragón (1328), de la que dicen las Lusiadas:

Entraba la hermosísima María
por los paternales pazos sublimados,
lindo gesto, mas sin alegría,
sus ojos en lágrimas bañados.

Convinose al mismo tiempo la boda del príncipe D. Pedro, aún niño y heredero de Portugal, con otra niña, *D.ª Blanca*, hija del infante D. Pedro de Castilla, matrimonio que sólo duró cinco años, siendo *anulado por enfermedad de la infanta, aduciéndose que era retrasada mental e incapaz de tener hijos.*

Tardó D.ª María más de cuatro años en tener descendencia, y el impaciente rey Alfonso, con *pretexto de esterilidad*, inició aquellos amores que tanta trascendencia histórica iban a tener con D.ª Leonor de Guzmán, la que empezó en seguida a darle hijos; pero en 1332 cesó la esterilidad de la reina, naciendo en Valladolid el príncipe Fernando, que murió pronto, y dos años más tarde, en Burgos, el príncipe D. Pedro, el que la historia denominó «el Cruel» creo que injustamente. Por cierto que la reina tuvo *un embarazo prolongado* y se atribuyó esa dilación en nacer el infante «a encantamiento por brujería», razón muy aceptable entonces, de lo que se hizo culpable a la amiga del rey D.ª Leonor, lo que preocupó mucho a su médico «porque en tales casos sus medicinas no surtían efecto», ocurriéndosele entonces luchar con las mismas armas de la brujería; y dícese que la bruja mantuvo días y días su mano cerrada con el puño apretado para que así estuviera también cerrada la matriz de la reina y no pudiera parir; el médico entonces simuló que el parto se había producido anunciándolo públicamente, con lo que no siendo ya necesario el fracasado encantamiento la mano de la bruja se abrió... y poco después tenía lugar el verdadero parto de una manera feliz (1334).

La reina D.ª María de Portugal fue infeliz en su matrimonio a causa de la presencia de D.ª Leonor, de la que el rey estaba absolutamente enamorado, y a la que hizo vivir en el propio palacio, de lo que se derivaron múltiples conflictos con el rey de Portugal, muy molesto por el desprecio en que vivía su hija, y con tal motivo los historiadores portugueses tratan con dureza el rey castellano y a su amante, y si es cierto que el rey no se ocupó ni poco ni mucho de guardar las formas, también es verdad que D.ª Leonor fue una mujer extraordinaria, dotada de todas las buenas cualidades, inteligencia, belleza y absolutamente desprovista de ambición, fielmente enamorada del hombre y no del rey, y que pudiendo haberlo hecho, jamás intentó suplantar legalmente a la reina; esto es justo reconocerlo.

A pesar de tan desagradable convivencia la intervención de D.ª María como reina de Castilla fue decisiva para convencer a su padre de la imperiosa necesidad de ayuda a su marido ante la grave situación planteada por los moros, y el peligro inminente que corrían ambos reinos, y logró la ayuda militar portuguesa: ambos reyes al frente de sus ejércitos vencieron al común enemigo en la batalla de el Salado.

Entre los muchos conflictos a que aludí motivados por cuestiones familiares entre Alfonso XI de Castilla, Alfonso IV de Portugal y el poderoso D. Juan Manuel, la mayoría suscitados por cuestiones femeninas, estuvo la que se denominó «*la guerra de las mujeres*», guerra absurda, sin justificación ni beneficio, motivada por estar D.ª Constanza, prometida del príncipe portugués, prisionera en Toro;

por los desprecios de que era víctima la reina D.ª María y por la presencia de D.ª Leonor de Guzmán.

Liberada al fin D.ª Constanza fue a casar con el príncipe portugués (1340), y aquí comienza una historia llena de interés, un trágico romance que se sigue conservando vivo en los pazos de Coimbra como una de las más bellas páginas de su pasado, y que recogen con buena información en sus libros Mario Domingues [3] y Alfonso Lópes Vieira [4], que me sirvieron de guía en mi recorrido.



INÉS DE CASTRO

Grabado de W. Skelton
Biblioteca Nacional, Madrid

El príncipe D. Pedro, mozo bien parecido, tenía un notable defecto de pronunciación que le dificultaba mucho la expresión creándole un complejo que le inducía al aislamiento y al deporte de la caza, alejado de la vida de la corte. Es sabida la importancia que en tales personas *tímidas* tiene la confianza con quienes les rodean en la intimidad, las que pueden influir levantando su moral y haciendo que presten menos atención a su defecto. Pero D.ª Constanza, interesada sólo en reinar, no supo entenderlo así, no supo penetrar en el alma de su marido ansioso de amor, limitándose al frío cumplimiento del deber de esposa, sin más íntimos atractivos, y sin ninguna participación espiritual, fomentando, sin saberlo, lo que iba a ser el drama de su propia vida y la tragedia de los demás.

Acompañó a la reina desde España una joven de dieciocho años muy hermosa y elegante, parienta suya, *D.ª Inés de Castro*, a la que los poetas llamaron «cuello de garza»:

aquella alva garganta
de cristal ou de prata,
que sosten a cabeza
tan alva e tan dourada.

(Lópes Vieira)

Y con ella entra el amor, el verdadero amor, el que se basa en la íntima y absoluta compenetración, en el mutuo entendimiento más allá del simple placer físico, en la vida del joven príncipe; uno de esos amores pasionales que excluyen toda otra posibilidad de amar. Ella venía de reyes, y de reyes era digna.

Era D.ª Inés hija bastarda de D. Pedro Fernández de Castro, señor de Lemos, y de D.ª Aldonza Soares de Valladares, familia a la que ya aludí por su gran

[3] Mario Domingues: «Inés de Castro», Lisboa, 1953.
[4] Alfonso Lópes Vieira: «A paixao de Pedro o Cru», Lisboa, 1943. «Inés de Castro na poesia e na lenda», 1913.

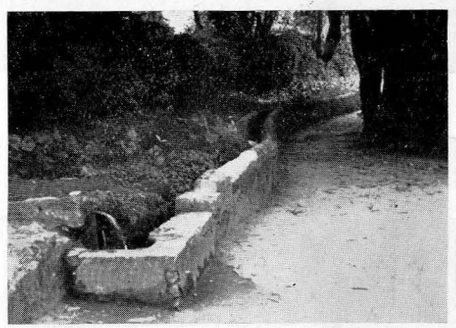
prestigio en ambas cortes. Tardó D.ª Inés en aceptar los tímidos galanteos del príncipe, del que también estaba enamorada, y padeció unas «*fiebres malignas*», que podríamos calificar de «*mal de amor*», que trató el médico de la corte, Dr. Salomón, con la clásica «sangría», a pesar de lo cual curó, para refugiarse decididamente en los brazos de D. Pedro.

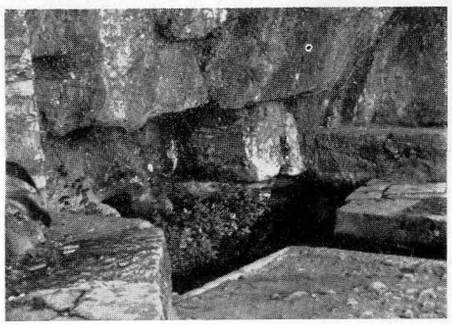
Entretanto, la princesa D.ª Constanza se hizo embarazada, atendida por el Dr. Salomón, y claro es, también por una mujer llamada Anastasia, con fama de bruja, que se ocupaba de «*ahuyentar posibles maleficios*» *a la embarazada y al fruto de la concepción.* Se esperaba, como siempre en tales casos, un varón—, pero nació la infanta María, que en su día iba a casar con Alfonso IV de Aragón.

Ya eran públicos los amores de D. Pedro y D.ª Inés, que ellos tampoco ocultaban, y fueron inútiles las advertencias del rey y sus emisarios. Don Pedro guardó a su esposa todas las atenciones a que estaba obligado, pero nada más, porque el verdadero amor había vencido en toda la línea y afrontaba todos los riesgos con esa insensata confianza que da la propia felicidad haciendo olvidar inminentes peligros. No valieron tampoco sus impuestas separaciones, y de ello habla «el canal del amor», en el Pazo de Santa Clara, a través del cual, según la leyenda, los enamorados se comunicaban por escrito.

Estando alejada de la Corte D.ª Inés, deportada por orden del rey, tuvo la princesa D.ª Constanza otro embarazo que cursó con *grandes edemas*, casi un *anasarca* que la impedía caminar, y que preocupó mucho al doctor Salomón, quien hizo venir a D. Pedro, que prodigó a su mujer atenciones que, al menos, servían para salvar las apariencias. Nació, al fin, el hijo Fernando, pero *la madre murió de un puerperio complicado*, según las gentes de «maleficio», pero seguramente como *consecuencia de su nefropatía gravídica.*

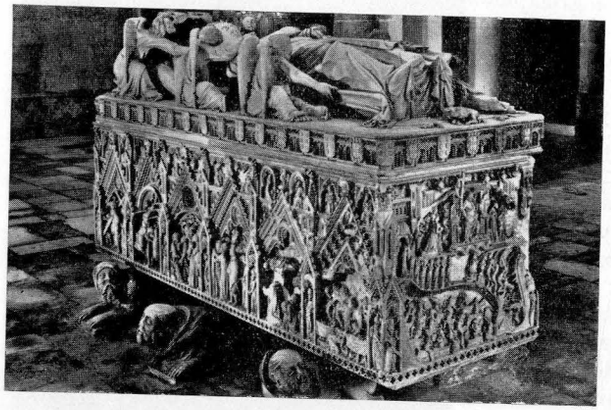


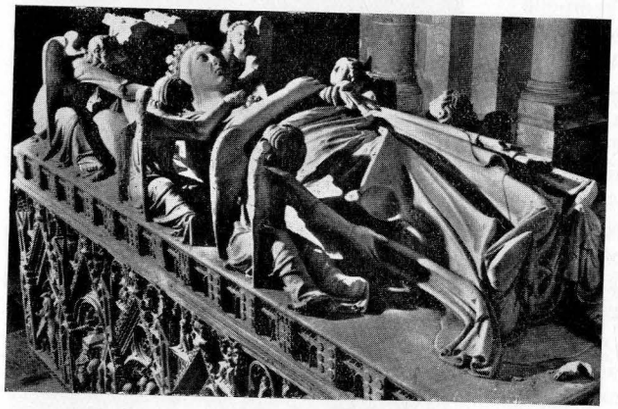




De arriba a abajo:
1. — La ventana de D.ª Inés de Castro, restos del palacio en la «Quinta de las lágrimas».
2. — El «Canal del Amor»
3. — «La Fuente de las Lágrimas», en forma de cruz, lugar al que la leyenda refiere el asesinato de D.ª Inés, y una pintura roja en el fondo del agua quiere recordar las manchas de sangre

D.ª Constanza había sufrido mucho según se deduce de cuanto sobre ella hemos dicho, procuró cumplir con su deber como supo, y salió de este mundo en plena juventud, a los treinta y dos años, sin volver a reinar como había sido su única y gran ilusión (1345).





SOBERBIO TÚMULO DE D.ª INÉS DE CASTRO, EN ALCOBASA, CON SU MAGNA ESTATUA YACENTE CORONADA, QUE SE APRECIA MEJOR EN DETALLE SIGUIENTE. TODO EL SEPULCRO CONTIENE PRECIOSAS TALLAS CON ESCENAS RELIGIOSAS Y LA VIDA DE JESÚS, ACABANDO CON EL JUICIO FINAL. EL ARGUMENTO DE ESTAS TALLAS FUE INSPIRADO AL ARTISTA POR EL PROPIO REY D. PEDRO

Viudo el príncipe Don Pedro, y soltera D.ª Inés, digna de una corona, parecía que todo iba a solucionarse, pero las razones políticas que no saben de sentimentalismos, gran equivocación que la historia denuncia de continuo; y D.ª Inés era española, una Castro, rodeada de hermanos intrigantes que hicieron temer por la estabilidad de la corona de Portugal; contra ella intervino la más poderosa y temible de las razones, la seguridad del reino, y así las cosas D.ª Inés estorbaba en Portugal y fuera de él.

Pero los felices amantes no se enteraban, a pesar de las noticias de fieles amigos próximos al rey, y en 1349 les nace el primer hijo, Alfonso, que murió pronto; al año siguiente otro, Juan, y así hasta cuatro. Cada embarazo aumentaba los encantos de D.ª Inés y se afirmaba el amor del príncipe hasta el extremo insensato de fijar su residencia en el propio Pazo de Santa Clara, en la «Quinta de las Lágrimas», en Coimbra, el que había sido construído por Santa Isabel, cerca del monasterio en el que ésta reposaba. Ello fue como un desafío a la Corte y al pueblo que veneraba con respeto la santidad del lugar. Ellos sólo vieron allí el lugar poético, que ciertamente lo es, en el que se conservan esbeltos arcos y un hermoso ventanal en pleno bosque, desde el que dice la leyenda que D.ª Inés esperaba la llegada de D. Pedro al regreso de sus cacerías.

El rey reune su consejo privado, formado por D. Diego López Pacheco, D. Pedro Coelho y D. Alvaro Gonzálves, y se acuerda la terrible sentencia inapelable y de inmediata ejecución: la muerte de Inés por degollación, para asegurar la estabilidad del reino:

Se logo nao matais
nae sereis nunca temido.
Con sua morte escusareis
muitas mortes, muitos danos,
vos, senhor, descansareis,
e a Vos e a nos dareis
paz pera duzentos anos.

(*L. Vieira*)

Y de madrugada, en ausencia de D. Pedro, cuando sus hijos dormían, D.ª Inés es brutalmente arrastrada al patio negándole la presencia de un sacerdote, cuando más lo necesitaba, «porque estaba fuera de la ley de Dios», y su «cuello de garza» fue colocado en el cepo que seccionó la hermosa cabeza: 7 de enero de 1355. Y ¿cuál había sido su delito?

Que por ter muito fervente
lealdade, fé, amor
ó principe, meu senhor,
me mataran cruamente.

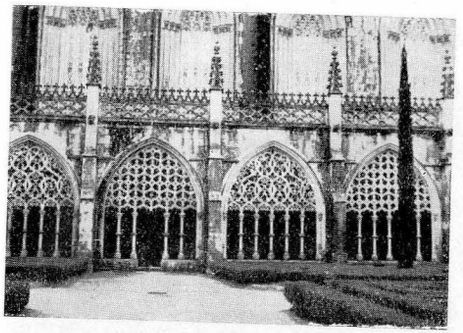
(*L. Vieira*)

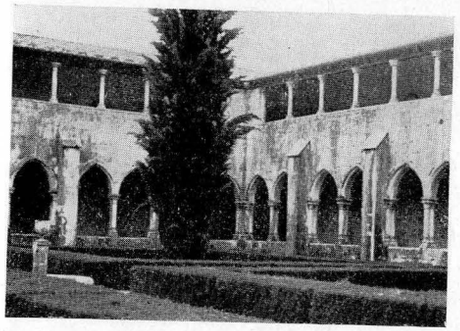
Los inductores del asesinato, por consejo del rey, huyeron a España. La reacción de D. Pedro fue inmediata y brutal, como todas las *reacciones de los tímidos*, y al frente de un ejército de leales y con los hermanos de D.ª Inés desencadenó una guerra civil de exterminio por el norte del país. La venganza de los asesinos fue ya el único objetivo de su vida, una obsesión, en cierto modo justificada, y que dio motivo a su apellido histórico de «Cruel», que no lo fue por naturaleza. A los treinta y siete años de edad sucede a su padre en el trono.

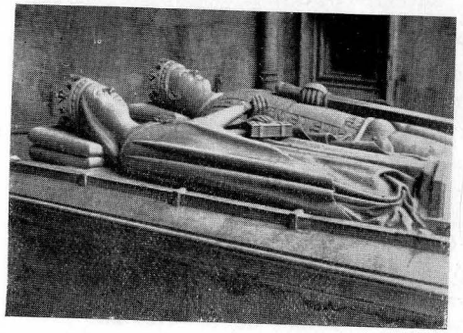
Por entonces muere en Castilla Alfonso XI (1350), sucediéndole en la corona D. Pedro I, nieto de Alfonso IV de Portugal, y sobrino del nuevo rey portugués, al que también la historia califica de «Cruel», cuando yo creo más bien que quiso ser justo castigando rebeldías, desmanes y traciones. Pero es que también en Aragón reinó por entonces D. Pedro IV «el Ceremonioso», hombre culto, enérgico, justo e inflexible, al que también se calificó de «Cruel», y *esto hace meditar sobre lo que se entiende por crueldad*, situándose objetivamente en el tiempo y en sus costumbres; y yo al menos llego a concluir que ninguno de los tres fue cruel, aunque fueran severos y duros en el castigo necesario ante corrupciones del ambiente, desorbitadas codicias, rebeldías y traiciones de los nobles soberbios, y de muchos obispos que no dejaban bien parado en ningún aspecto su cometido sacerdotal. Creo que la actitud de los tres reyes fue de auténtico patriotismo, de imposición violenta por necesaria de la justicia, y a fin de cuentas una «defensa de la realeza». La disculpa es aún mayor para el rey portugués, cuya aparente crueldad no fue mas que un ajuste de cuentas con quienes habían sido más crueles asesinando a una infeliz mujer que hubiera podido ser ejemplar esposa, madre

modelo y una buena reina, porque la felicidad de los reyes repercute, sin duda alguna, en la felicidad del reino.

Don Pedro de Portugal y D. Pedro de Castilla, tío y sobrino, llegaron a un acuerdo; el cambio de algunos castellanos refugiados en Portugal, por los asesinos de D.ª Inés, que vivían en Sevilla, y el acuerdo se cumplió con la excepción de Lópes Pacheco, que avisado oportunamente logró huir.







De arriba a abajo:
1. — Monasterio de Batalha (1387), fundado por Juan I de Portugal. Viejo «claustro del silencio» del monasterio dominicano
2. — Maravilloso claustro de la parte construída después
3. — Sepulcro con estatuas yacentes de D. Juan I y D.ª Felipa de Lencastre

En Santarén el rey portugués hizo cumplida justicia. Pero aún le quedó algo más que hacer: la rehabilitación de D.ª Inés ante la Corte. Y de acuerdo con algunos nobles y con el obispo D. Gil *hizo solemne declaración de haber estado casado en secreto con D.ª Inés*, lo que bajo juramento ratificaron dichos señores: «que recibieron palabras de presente como lo manda la Santa Madre Iglesia, en Braganza, en 1354».

En realidad esto nadie lo creyó, y los historiadores califican este acto de «una farsa»; pero nadie podrá negar el limpio deseo del rey D. Pedro y su gran caballerosidad, unido a su propósito de reparación, porque tal declaración, confirmada por testigos de excepción y respeto, le permitió llegar al final de su propósito.

En el monasterio de Alcobasa hizo construir bajo su personal dirección los grandiosos túmulos preciosamente tallados, uno para él, y otro para Doña Inés, que allí pueden admirarse, y en imponente ceremonia oficial, con asistencia de la corte, pueblo, clero y nobles, D.ª Inés fue coronada reina y sepultada con todos los honores de su rango: «Reina después de muerta»; y allí yacen los amantes, como ellos quisieron: «juntos hasta el fin del mundo»; lo expresa bellamente García Resende:

En todos seus testamentos
a declarou por mulher,
e por si isto melhor crer
féz dois ricos moimentos
em que ambos vereis jaeer.

Don Pedro reinó diez años, hizo justicia, mantuvo la paz, no volvió a ser «cruel»; joven aún, pero avejentado por el sufrimiento, permaneciendo siempre fiel al recuerdo de D.ª Inés, que no abandonó en ningún instante de su vida, *dícese que padeció ataques calificados de epilépticos.*

Con esta pareja se mezcla, como tantas veces, la historia y la leyenda, y suscita el interés, que yo comprendo perfectamente después de haber recorridos los lugares más destacados de su vida, como lo confirma Maurice Barrés, al decir: «je ne mourrai point ni etre, pélerin enchanté, dans Coimbre, et sous le cyprés de la belle Inés assassiné...».

Y siguiendo la ruta de nuestro recuerdo histórico vemos continuar las uniones entre España y Portugal en un hijo de D. Alfonso XI de Castilla y de D.ª Leonor de Guzmán, su amiga, D. Sancho, que casó con la infanta portuguesa D.ª Beatriz, hija de D. Pedro I de Portugal y de D.ª Inés de Castro. Y un hijo bastardo de Enrique II de Castilla y de D.ª Elvira Iñíguez de la Vega llamado Alfonso Enriquez de Castilla casó con Isabel de Portugal, hija natural del rey Fernando.

Otra hija de D.ª Constanza casó con el infante Juan de Portugal, hijo de D. Pedro y D.ª Inés, cuyo matrimonio no es aceptado por todos los historiadores. Un hermano de este D. Juan, llamado Dionisio de Portugal, vino a casar con otra hija de D. Enrique y D.ª Juana Cifuentes, su amiga, se llamó Juana y reinaron en Portugal.

Y un infante de Aragón, nieto de D. Juan I y de D.ª Leonor fue D. Enrique, duque de Segorbe, llamado «el Infante Fortuna», que casó con Guiomar de Portugal.

Una nieta llamada Leonor fue mujer del rey Duarte de Portugal, cuyos restos descansan en el monasterio de Santa María de la Vitoria, de Batalha, que conmemora para los portugueses el triunfo de la batalla de Aljubarrota (1385), ganada por Juan I de Portugal al rey Juan I de Castilla; y allí está este rey portugués con su mujer, D.ª Felipa de Lencastre, en magníficos sepulcros, con sus manos cogidas en amoroso símbolo: «juntos en la vida y en la muerte».

Viudo este D. Juan I de Castilla volvió a casar con D.ª Beatriz de Portugal, única hija y heredera del rey Fernando, *matrimonio con dispensa por consanguinidad de cuarto grado* (1383), y al morir el rey portugués su hija, ya reina de Castilla, y su marido Juan I pasaron a Coimbra para tomar posesión del vecino reino, mas no salió todo tan pacíficamente como esperaban, siendo derrotado el rey castellano en Aljubarrota. y regresando a Castilla, mientras en Portugal se proclamaba al hijo bastardo de D. Pedro.

Muerto en accidente de caída de caballo D. Juan I de Castilla quedó D.ª Beatriz *sin sucesión*, mujer ejemplar, digna y buena, que no volvió a matrimoniar.

Siguen los enlaces con D.ª Isabel de Portugal, la *enferma melancólica*, y Juan II de Castilla, viudo de la reina D.ª María de Aragón, matrimonio concertado, prescindiendo de la voluntad del rey, por el Condestable D. Alvaro de Luna, previa dispensa de *parentesco en tercer grado* dada por el Papa Eugenio IV (1445), de cuyo matrimonio nació la reina española Isabel la Católica (1451). Isabel de Portugal perdió la razón después de la muerte de su marido, y *vivió loca durante cuarenta y dos años;* esta tara iba a pesar mucho en nuestra descendencia real.

Enrique IV de Castilla, el *indebidamente llamado «Impotente»*, divorciado de D.ª Blanca de Navarra, contrae segundo matrimonio con la bella y simpática D.ª Juana de Aviz de Portugal, hija de Eduardo y de Leonor de Aragón; aquella D.ª Juana que trajo de Portugal en su séquito a la hermosa D.ª Guiomar de Castro, de la que se enamoró nuestro joven rey; aquella D.ª Juana, Madre de la infe-

liz y también *injustamente llama «Beltraneja»*, que plantea un *problema biológico-histórico de enorme trascendencia sucesoria*, y que dio lugar a que se hablara de una «inseminación artificial», que a juzgar por el único relato existente no fue tal. Poco afortunada, perseguida por D.ª Isabel y D. Alfonso de Castilla, confinada en Alaejos, e injustamente despojada de sus derechos sucesorios, y que tras diversos intentos de matrimonio, siempre al margen de su voluntad, casó en 1475 con el anciano rey viudo de Portugal D. Alfonso V, *tío suyo*, proclamados reyes de Castilla y de León, matrimonio sin dispensa, por cuyo motivo fue anulado, acabando la infeliz D.ª Juana de religiosa en Santa Clara de Coimbra, aunque sólo por breve tiempo.

Esta unión tan efímera entre Portugal, León y Castilla, sin las intrigas que la acompañaron pudo haber significado históricamente la unidad peninsular; como pudo haber sucedido antes si Portugal hubiera aceptado el reinado de Juan I de Castilla y D.ª Beatriz de Portugal, pero lejos de eso trajo la guerra, que llegó hasta bien entrada Castilla, hasta el mismo Palencia, y los reinos siguieron su independencia.

Hija de los Reyes Católicos y nacida en Dueñas (Palencia) fue Isabel de Castilla, que en 1490 casó con el príncipe heredero de Portugal D. Alfonso, hijo de Juan II, unión también orientada a la función de los reinos, pero que sólo duró ocho meses por muerte del príncipe en accidente de caída de caballo; y vuelta a casar la viuda D.ª Isabel, en 1495, con D. Juan Manuel de Portugal tuvieron un hijo, Miguel (1496), que de haber vivido hubiera unido los reinos de Portugal, Castilla y Aragón. El nacimiento de este hijo costó la vida a *la madre, que falleció de una embolia*, a los veintiocho años de edad; el príncipe Miguel sólo vivió dos años.

Otra hija de los Reyes Católicos, D.ª María, casó con el viudo rey portugués, sucediendo así a su hermana en el trono vecino (1500), y en su numerosa sucesión nació la que vino a ser más tarde nuestra bella Emperatriz Isabel, *casada con su primo carnal* Carlos I de España, también *prolífera, pero con desafortunada descendencia, portadora de fuerte carga hereditaria patológica*, y que *falleció víctima de una infección puerperal* (1539), mujer de la que España guarda excelente recuerdo por sus hermosas cualidades como mujer y como reina, inmortalizada por el lienzo de Tiziano.

De la hija de los Reyes Católicos de España, D.ª Juana «la Loca», nació en Torquemada (Palencia), en 1507, la infanta Catalina de Austria, que fue esposa de Juan III de Portugal (1525). Por cierto que durante el embarazo de esta infanta ocurrió la muerte de su padre, Felipe el Hermoso, al que D.ª Juana cuidó amorosamente «probando ella en sí misma cuantas medicinas le recetaban los médicos por temor a que fuera envenenado, velándole días y noches sin descanso ni preocupación por su estado de gravidez avanzada», y emprendiendo después el camino con los restos tan amados en largo y fatigoso viaje, hasta llegar a Torquemada, en cuyo lugar *dio a luz asistida por una dama de su compañía*, por no haber allí otra asistencia, y dice Llanos y Torriglia que «si esta infanta llegó a nacer y vivir saludable y cuerda, no fue por obra de mujer, sino por evidente protección Divina». Así nació en una época llena de intrigas y amenazas, de hambre y de miseria, de epidemias, la que dieciocho años después iba a ser reina de Portugal, criada en el ambiente triste y sombrío de aquel viejo palacio de Tordesillas, junto a *su madre, que allí empezaba a enloquecer de verdad*. Tuvo D.ª Catalina *nueve hijos, todos prematuramente muertos*. Fue una gran reina, pero murió amargada por la conducta de su bisnieto el rey D. Sebastián de Portugal, un auténtico *enfermo mental* (1578).

Estando soltero Carlos I tuvo de su amiga D.ª Margarita Vangest una hija, Margarita de Austria, duquesa de Parma (1522), que a los catorce años casó con Alejandro de Médicis, *sin sucesión*; y una vez viuda casó con Octavio Farnesio, de cuyo matrimonio nacieron dos hijos, uno el famoso Alejandro Farnesio, gobernador de Flandes, que fue marido de D.ª María de Portugal, nieta del rey Manuel.

Así llegamos a nuestro Felipe II, que muy joven *casó con su prima* la hermosa princesa María de Portugal, de dieciséis años, hija de Juan III y de D.ª Catalina de España, hermana del emperador, muy preocupada por la juventud de su hija, *todavía sin menarquia* cuando vino a España, e inquieta por sospechar que pronto se empezarían a hacer en su hija tratamientos para su fertilidad, y la madre, prudente, aconsejaba esperar la normal evolución de la naturaleza. La reina española *murió a consecuencia de un parto seguido de infección puerperal*, del que nació, en Valladolid (1545), el príncipe Carlos, rebelde y tarado, *fruto de una unión consanguínea muy estrecha*, hijo de padres muy jóvenes, y que *padeció una esquizofrenia, muriendo, según Molina, de caquexia palúdica; recogía el príncipe la herencia demencial* de Isabel de Portugal y del emperador Maximiliano, el que iba siempre a cuestas con su ataud.

De D.ª Isabel de Farnesio y Felipe V nacieron siete hijos, entre ellos la princesa María Ana Victoria (1729), que casó con el príncipe del Brasil, José, y reinaron en Portugal (1750).

Y nuestro Príncipe de Asturias, Fernando VI, contrajo matrimonio a los dieciséis años (1729) con la princesa portuguesa María Bárbara de Braganza, de dieciocho años, hija de Juan de Portugal y de Ana de Austria; buena, culta, artista por temperamento, y perfectamente compenetrada con su marido, *un hipogonadal, probable motivo de la esterilidad del matrimonio*, que a pesar de ello vivió feliz y bien avenido. Ella fue más tarde obesa, asmática, melancólica como el rey, y *murió de una carcinomatosis infectada*, asistida por sus médicos Virgili, Suñol, Piquer y Casal.

En este matrimonio hubo algo que recuerda lo que los antiguos alienistas llamaban «locura de dos», por influencia mutua; el rey Fernando acabó sus días viudo y *loco furioso*.

De Carlos IV y María Luisa de Parma nació numerosa prole, siete hijos, y entre ellos la princesa Carlota Joaquina, que casó con Juan VI de Portugal.

Fernando VII y su hermano Carlos *casaron también con sus sobrinas carnales*, las infantas portuguesas Isabel María Francisca y María Francisca de Asís Braganza (1816). La primera de ellas, Isabel de Braganza, poco agraciada, aunque sus manos, dice la crónica, eran muy bellas; fue la reina que hubo de escuchar aquello tan descortés de «pobre, fea y portuguesa, chúpate esa», condiciones que compensó, en gran parte, con su enorme bondad y con su amabilidad para todos. Cuando llegó a España fue saludada por el poeta oficial de la corte, Arriaga, diciéndole:

¡Entra en el seno amoroso
de tu pueblo y de tu esposo;
verás del rey el anhelo
por guardar justicia y leyes,
y un pueblo que es el modelo
de cómo se ama a los reyes!

Pronto pudo convencerse, sin duda, la reina de que todo esto no era la auténtica verdad, era sólo «la verdad oficial». Sus buenas cualidades no podían ser atractivo suficiente para el sensual Fernando VII, dotado de una «macrosomia genital», y el matrimonio fue infeliz. Sólo reinó dos años, y tuvo que vivir sofocando los celos justos, y lo hizo con dignidad.

En un primer parto padeció *una grave infección puerperal*, y posteriormente padeció *una eclampsia*, sobre la que se forjó la leyenda de una cesárea creyéndola muerta. Fue una *enferma de epilepsia*, según algunos cronistas, pero yo pienso que por epilepsia se tomó la eclampsia convulsiva de su último embarazo, del que falleció.

Y aquí doy fin a mi propósito, que al menos puede tener la utilidad de suscitar interés por el detenido estudio de estas parejas reales, la mayoría de las cuales plantean problemas biológicos en relación con la descendencia, y tras todo lo expuesto llegamos a concluir que rara vez estas parejas tuvieron en cuenta aquello que decía nuestro Lope de Vega con tanto acierto:

Pero como este mar del casamiento
la muerte sola por posada tiene,
es mucha discreción entrar con tiento...

Domicilio: Mayor, 33. Palencia.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

INSTITUTO DE CITOLOGÍA EXPERIMENTAL Y HEMATOLOGÍA
Fundado en 1927. Director: Dr. F. MAS Y MAGRO.

LA LEUCEMIA, ENFERMEDAD DE ETIOLOGÍA VIRAL

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRO

ALICANTE

VIRCHOW, en 1845, descubrió un estado patológico caracterizado por «el aumento numérico de leucocitos de la sangre y por la hipertrofia de ciertos órganos hematopoyéticos, el bazo y los ganglios». Este autor, después de haber dado a su primera observación el nombre de «sangre blanca» (weisses blut), propuso más tarde el de leukoemia, palabra que modificó LAUDET, por más eufónica, en leucemia.

Algunas semanas antes que VIRCHOW, BENNETT había publicado «dos casos de enfermedad y de hipertrofia del bazo en los que sobrevino la muerte a causa de haberse presentado en la sangre una materia purulenta». Se esforzaba en probar que los glóbulos blancos acumulados en la sangre diferían de los leucocitos que presentaban los caracteres de los glóbulos de pus, y que este pus se formaba en la misma sangre. Pero no tardó en abandonar la idea de una enfermedad piogénica de nuevo género, y entablando con VIRCHOW una lucha de prioridad, aceptó al fin las razones de su adversario, oponiendo a la palabra leukoemia la de leucocitemia.

Antes que el mismo BENNETT, en 1839 ya BARTH y DONNÉ habían observado un caso de leucemia con hipertrofia de bazo. No se hizo mención de este caso hasta el año 1853 y no se publicó hasta 1856, de suerte que estos dos investigadores dejaron escapar un descubrimiento que tenían entre las manos.

En cuanto fue la leucemia o leucocitemia conocida, sólo se trató de descubrir en los escritos antiguos, ejemplos de la misma afección. HODGKIN, en 1832; BICHAT, en 1801; antes que éstos, MORGAGNI, y luego, remontándose a los primeros tiempos de la Medicina, GALENO y aun el mismo HIPÓCRATES, habían ya observado casos de hipertrofia esplénica y ganglionar. Les pareció encontrar en los caracteres más burdos de la sangre, y hasta en la simple mención de un estado caquéctico terminado por la muerte, suficientes rasgos de relación y semejanza entre los hechos antiguos y los publicados por 1845.

En 1847, dos años más tarde, VIRCHOW describió la leucemia linfática, caracterizada, según la observación de un caso, por intensa hipertrofia de los ganglios linfáticos, con escaso aumento del volumen del bazo, y en 1853 clasificó la leucemia en esplénica y linfática; en esta última forma, el cuadro hemático estaba constituído por numerosas células semejantes a las de los ganglios linfáticos,

Es preciso llegar a NEUMANN, en 1869, para conocer las lesiones de la medula en la llamada entonces forma esplénica de la leucemia; WALDEYER y PONFICK confirmaron los hallazgos histopatológicos de NEUMANN. Fue PONFICK quien refirió los hechos de hiperplasia de la medula ósea a las alteraciones de la sangre. EHRLICH (1879-1880) expuso una clasificación aceptable de los leucocitos de la sangre, con lo que hizo relativamente fácil el diagnóstico de la leucemia.

Entre 1894 y 1899 surgieron las polémicas que, más o menos atenuadas, persisten aún entre los unitarios, como WALTZ, PAPPENHEIM, HIRSCLAFF y KORMOCZI, y dualistas, como SCHRIDDE y NAEGELI, a los que posteriormente hay que añadir los trialistas, principalmente representados por SCHILLING. La leucemia, según los unitarios, sería siempre de origen mielógeno, es decir, ni mieloide ni linfoide; los dualistas profesan el concepto clásico de la leucemia mieloide y linfoide, a la que los que propugnan el trialismo añaden una tercera forma, la leucemia monocítica.

Según las investigaciones de MAS Y MAGRO, apoyadas en el método objetivo, admite una leucemia mieloide caracterizada por la presencia de corpúsculos sanguíneos de aspecto linfoide, pero con reacción de peroxidasas positiva, y una leucemia linfática cuyos corpúsculos sanguíneos, de aspecto linfoide, reaccionan de modo negativo al «test» de las peroxidasas. Las células sanguíneas leucocitarias de la leucemia son corpúsculos patológicos sin relación con la leucogénesis; modo de ver que comparten actualmente cierto número de investigadores, como LAMBIN y LETO, NAEGELI, CAZAL y otros.

GILBERT, en su tratado de enfermedades de la sangre, en 1890, nos explica las distintas teorías sobre la etiología de la leucemia; expone que la leucemia no puede tener una existencia independiente; su producción está constantemente ligada a una neoformación de tejido linfoide o, dicho de otro modo, *nunca hay leucemia sin linfadenia*. En el mayor número de los casos, el proceso linfadénico se inicia en el bazo o en los ganglios, conforme a lo que VIRCHOW había ya, desde el principio, establecido. Pero puede también verificarse en la medula ósea (NEUMANN), en las amígdalas, en el intestino (BEHIER, RENDU) y en la piel (PHILIPPART, NACHTER, KAPOSI).

Durante el curso de varias linfadenias aparece la leucemia como consecuencia de la irrupción en la sangre de los elementos celulares que van arrojando los tejidos y órganos hipertrofiados. En la misma sangre continuarían estos elementos multiplicándose.

También hubieron sus *teorías microbianas*: KLEBS, GILLAVRY, OSTERWALD, MAYET y ROUX encontraron algunos parásitos en la sangre leucémica. BONARDI (1889) vio los estafilococos *aureus* y *albus* en dos enfermos de «linfadenia esplénica», con leucemia. Iguales observaciones hicieron RINFLEISCH y AUSPITZ (1885), quienes demostraron la presencia de estreptococos en la «linfadenia cutánea»; CARDARELLI (1889) encontró un bacilo parecido al de Eberth en la «linfadenia esplénica»; MAJOCCI y PECCINI (1886) vieron cocos y bacilos ocupando los vasos de los órganos enfermos; ROUX y LANNOIS (1890) recogieron en un enfermo de «linfadenia ganglionar» estafilococos *piogenus aureus* en la sangre y que, inoculados los cultivos de éstos en el conejo, comprobaron la hipertrofia de muchos ganglios; MOSLER inyectó, sin éxito, sangre de leucémico en las venas de un perro y de un conejo; CADIOT, ROGER y GILBERT (1890) también inocularon a muchos perros, bajo la piel, en el peritoneo y venas, con ganglios linfáticos de otros perros, y no obtuvieron ningún éxito.

Entre las causas predisponentes a padecer la leucemia, citaban los disgustos, emociones, trabajos excesivos, partos frecuentes; muchas enfermedades infecciosas, sobre todo el paludismo, la sífilis, la fiebre tifoidea; algunas intoxicaciones, especialmente el alcoholismo, y además, los enfriamientos, traumatismos, el coriza crónico, etc.

Respecto al tratamiento, y a título de curiosidad, por aquellos años, ya se habían practicado algunas esplenectomías, posiblemente en las leucemias crónicas con intensa esplenomegalia. A este respecto cita BILZIEL que «en dieciocho operados hubo, inmediatamente después de la operación, dieciocho defunciones», por lo que parece ser dejó de practicarse, ya que BLUM (1886) dijo que casi siempre sucumbían los enfermos a hemorragias inmediatas, citando el caso de un enfermo en el que se había encontrado «un leucocito por cada cinco hematíes», que también sucumbió a consecuencia de la extirpación del bazo.

Se preconizó la transfusión sanguínea (*), y dice: «Concíbese que prolongue por algún tiempo la vida de los enfermos, pero no se concibe que pueda producir ninguna curación».

* * *

La *etiología neoplásica* de la leucemia encontró muchos adeptos, especialmente a partir de la publicación de BARD, en 1888, en la que este autor la consideró como «un cáncer de la sangre», con cuyo nombre algunos todavía la designan. OBRASTZOW (1890) admitió esta misma teoría, y posteriormente GILBERT (1892) sugiere la opinión según la cual la leucemia sería una neoplasia infectante: en una palabra, un sarcoma. Salvo en contadas excepciones, la teoría neoplásica ha dominado en la etiología y patogenia de la leucemia.

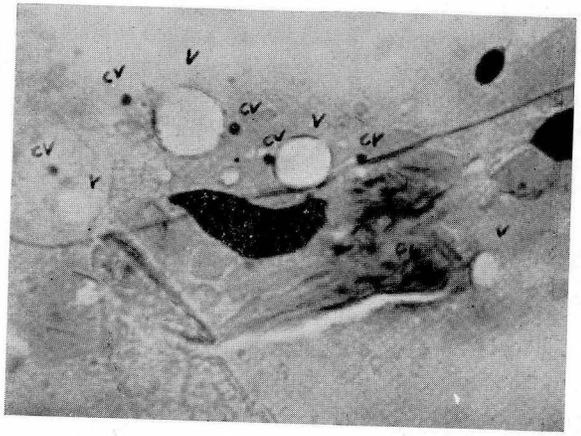
MAS Y MAGRO, en una comunicación al «I Congreso Nacional de Medicina» (Madrid, 1919), expuso los resultados de sus investigaciones experimentales, orientadas en el sentido de la teoría etiopatogénica neoplásica de la leucemia: las inoculaciones de material neoplásico humano (cáncer y sarcoma) en el conducto medular del fémur del cobayo fueron seguidas totalmente de fracaso, ya que en ningún caso se produjeron alteraciones sanguíneas y de los órganos hematopoyéticos, y la supervivencia de los animales inoculados fue la misma que en los animales de control. Además, la coexistencia de cáncer y leucemia (DUSTIN, 1941) es una rareza, y así lo demuestran, además, las investigaciones de ALBAHARY (1944), y finalmente, dada la extremada frecuencia de las metástasis cancerosas en la medula ósea, rara vez se da la coincidencia, en un mismo enfermo, de leucemia y cáncer. Son muchos, pues, los hechos contrarios a la teoría de la naturaleza neoplásica de la leucemia, y en su favor no tienen ningún hecho, sea experimental, sea anatomoclínico.

La incidencia del cáncer y la leucemia, según la edad, es muy demostrativa de la no conexión etiológica entre las dos enfermedades. En una reciente estadística de LLOMBART y GASTAMINZA (1954), que se refiere a cuatrocientos cincuenta y dos casos de tumores malignos autopsiados, la enfermedad neoplásica presenta una proporción insignificante, que no pasa del 10 por ciento, antes de los veintinueve años, y desde entonces las incidencias del cáncer se hacen más numerosas, alcanzando un máximo de cerca del 70 por ciento entre cincuenta y cincuenta y cuatro años, y a partir de entonces la línea de incidencia neoplásica desciende rápidamente hasta situarse

(*) La primera transfusión en el hombre fue realizada por JUAN DENIS, en 1667.

entre el 10 y el 20 por ciento a los setenta y cinco años, experimentando muy pocas modificaciones el porcentaje casuístico después de la citada enfermedad.

Por lo que se refiere a la leucemia, es interesante el hecho estadístico, según RÉVOL MILLET y TRIVOLET (1954), la proporción de los casos de leucemia aguda constituye el 65 por ciento entre cero y diez años; desde entonces su incidencia decrece rápidamente: 16 por ciento a los veinte-treinta años, llegando al 2-3 por ciento a los ochenta años. La leucemia crónica es una enfermedad de todas las edades, con incidencias que determinan una línea de cortas ondulaciones. Si a esto se añade la ausencia de formas auténticamente agudas del cáncer en la bibliografía (GERLACH), se obtiene la conclusión según la cual leucemia y cáncer, como demuestra la estadística, no son enfermedades idénticas; de consiguiente, siendo esto así, no hay ningún fundamento para admitir, ni en teoría, la identidad etiológica de las dos enfermedades.



LEUCEMIA HUMANA. CULTIVO «IN VIVO» DE SANGRE DESECADA. FROTIS REALIZADO A LAS 48 HORAS DE LA INOCULACIÓN POR ESCARIFICACIÓN. CÉLULA EPITELIAL EN DEGENERACIÓN VACUOLAR NÚCLEO-PLASMÁTICA. V, VACUOLAS. CV, CLÁMIDES VIRALES. OPTICA LEITZ, AUMENTOS × 2.000. COLORACIÓN GIEMSA-PÍCRICO.

Podría acaso, sin más, admitirse que la esplenomegalia de la leucemia mieloide crónica y los linfomas de la leucemia linfoide crónica, por el hecho de ser influenciados por la radioterapia, con remisiones temporales de la enfermedad, representan una alteración anatomopatológica tumoral. Esto no es admisible por la naturaleza infiltrativa de estas lesiones; además, a nadie se le ocurre identificar el cáncer con el paludismo, el kala-azar, la anemia hemolítica esplenomegálica y otras, cuya etiología infecciosa es evidente, por el simple hecho de la esplenomegalia.

En 1934, MAS Y MAGRO, en una comunicación dirigida a la Sociedad Francesa de Hematología, expuso la sugerencia según la cual las células leucémicas eran elementos patológicos; en el mismo año, en un trabajo publicado en *Archiv für Experimentelle Zellsforschung* acerca del cultivo de la medula ósea, complemento de otro trabajo publicado en *Archivos de Cardiología y Hematología* (1925), constató, *in vitro*, que las células mieloides de la medula ósea se diferenciaban en células mesenquimatosas fibrocitarias, dotadas de capacidad granulopéxica, y llegó a la conclusión de que tales corpúsculos parenquimatosos eran «células completamente diferenciadas en determinada orientación leuco-eritrocitaria»; de aquí dedujo que la llamada leucemia de las células diferenciadas, tales como el hemocitoblasto de Ferrata (linfoidocito de Pappenheim) estaba fundada simplemente en una especulación, ya que los corpúsculos sanguíneos identificables como hemocitoblastos eran realmente células mieloides patológicas y, por lo mismo, con peroxidasas características de las mielosis agudas, o cuando es negativo el «test» de las peroxidasas. son linfocitos patológicos, característicos de las linfosis agudas, como demostró

MAS Y MAGRO en 1941, con motivo de un caso de leucemia aguda indiferenciada, en la que los corpúsculos leucémicos de la llamada especie hemocitoblástica, por presentar positividad al «test» de las peroxidasas, hubo de incluirlos entre los promielocitos patológicos.

En 1948, MAS Y MAGRO logró producir en el cobayo células de aspecto mieloblástico y hemocitoblástico mediante los antibióticos, tales como la penicilina amorfa o amarilla y la sulfapiridina en inyección intraperitoneal, a dosis masivas, con el objeto de producir una intoxicación aguda, mortal en dos o tres días. De este modo, los promielocitos, los mieloblastos y los hemocitoblastos de la medula ósea ofrecían caracteres patológicos, mostrando verdaderas alteraciones dimensionales (formas enanas hasta la de un pequeño linfocito de la sangre), estructurales (cariopicnosis) y granulosas (distribución de las granulaciones de peroxidasas en un conglomerado único, frecuentemente intranuclear). Es posesión de la verdadera significación del leucocito linfoide leucémico, pudo abordar el estudio de la leucemia experimental del cobayo por transmisión de la humana.



EXTENSIÓN DE SANGRE DE ENFERMO AFECTO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA. CÉLULA MIELOIDE CON UNA CLÁMIDE VIRAL EN SU PROTOPLASMA. COLORACIÓN GIEMSA-PÍCRICO. OPTICA LEITZ, AUMENTOS 2.500.

Hasta entonces, los experimentos de transmisión de la leucemia humana a los animales había fracasado totalmente. Es más: las tentativas de transmitir de una especie animal a otras distintas, había dado resultados negativos (RICHTER y MAC DOWELL); en un trabajo de revisión experimental realizado por OPIE, se había llegado a las mismas conclusiones. En opinión de los investigadores, la leucemia humana no era transmisible de hombre a hombre o de hombre a animales. El asunto experimental de su transmisión heteróloga quedó, pues, en un problema etiológico insoluble.

En vista de que los intentos de transmisión de la leucemia humana eran totalmente negativos por la inoculación de sangre o medula ósea en enfermos leucémicos, por las vías intraperitoneal, intravenosa, etc., MAS Y MAGRO comprobó que posiblemente la causa de ello sería que el virus leucémico era destruído rápidamente por el organismo, y que para que la transmisión fuese posible sería necesario que el virus sufriese una adaptación previa a las condiciones del metabolismo del animal huésped, por lo que adquiere una determinada resistencia a las acciones de antivirus de la sangre y los tejidos. De este modo se explica el motivo de la negatividad de las inoculaciones intravenosas e intracutáneas.

Coincidiendo con las observaciones publicadas por MAS Y MAGRO, en 1950, el profesor CHEVALIER, con el microscopio electrónico, logró revelar, en las células leucémicas, ciertas granulaciones, en el protoplasma de dichas células, las cuales las identificó como virus. Estas observaciones fueron invalidadas por OBERLING, por las reservas manifestadas, ya que, según él, sólo la transmisión experimental heteróloga u homóloga de la leucemia tendría fuerza probatoria, y por las observaciones de BESIS y BRICKA, que han hallado análogas granulaciones en el hialo-

plasma de las células de la sangre en la leucemia. El mismo OBERLING duda en conceder a las granulaciones observadas por CHEVALIER el carácter de condricontes o, a lo sumo, de condicontes virus.

En la opinión de MAS Y MAGRO, la etiopatogenia de las virasis requiere la prueba de la transmisión experimental, sin la cual las morfologías microscópicas carecen de valor. Ahora bien, es indiferente que las granulaciones reveladas por el microscopio electrónico sean el verdadero virus de la leucemia, como sostiene CHEVALIER, o condricontes, como sugiere OBERLING; lo cierto es que la leucemia humana es una enfermedad transmisible al cobayo, produciendo, cualquiera que sea su forma clínica humana, una leucemia experimental en este animal, susceptible de transmisión homóloga a los animales de la misma especie; y que las positividades prácticamente alcanzan el 100 por ciento de las inoculaciones, sean de material leucémico homólogo o heterólogo. Hasta ahora, desde las investigaciones de ELLERMANN y BANG en la leucemia de las gallináceas, y otros en la leucemia de los mamíferos, se sabe que la enfermedad está producida por un virus; la leucemia aviaria, identificable, como la de los mamíferos, con la humana, tanto por su hematología como por su histopatología, no tiene razón de tener una etiología distinta. Y así es, en efecto: en los experimentos realizados se ha comprobado que la leucemia humana es transmisible del hombre al cobayo, el cual adquiere una leucemia auténtica, aguda o crónica, según el material empleado sea de un enfermo agudo o crónico de leucemia. Podría objetarse que la acción morbosa es evidentemente causada por un virus inespecífico cualquiera; pero si este virus determina una leucemia experimental, no espontánea, en el cobayo, es preciso conceder que tiene efectos específicos como agente leucémico, porque transmite la misma forma de leucemia del material humano leucémico utilizado en la transmisión. Es indudablemente un virus causal, tanto por su acción específica como por sus efectos letales; todo ello conforme se observa en la clínica humana.

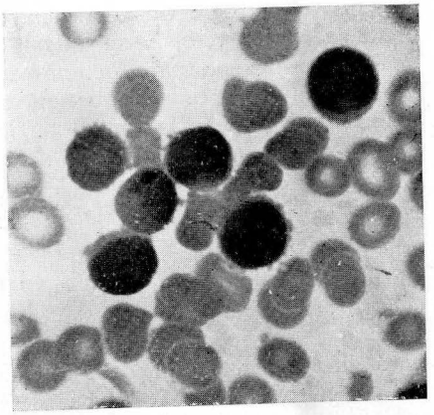
Para los experimentos de transmisión de la leucemia humana, nosotros hemos empleado el cobayo, animal que no la padece espontáneamente y que no es susceptible de padecer virasis cutáneas. El material de inoculación es la sangre, después de una desecación, en un portaobjetos, de cinco a seis días. Generalmente se deposita una gota de sangre de enfermo leucémico en un portaobjetos de cristal neutro y se desfibrina como si se tratara de una gota gruesa corriente y, como es natural, con la debida asepsia en todas las operaciones.

Obtenida ya la sangre desecada, se preparan en el tercio posterior del dorso del cobayo, previa rasuración de la zona cutánea, dos o tres líneas de escarificación, sin llegar a producir efusión de sangre. Una vez conseguido esto, se emulsiona la gota de sangre con unas gotas de solución fisiológica estéril y con un vacinoestilo cargado con esta emulsión se aplica sobre las líneas de escarificación.

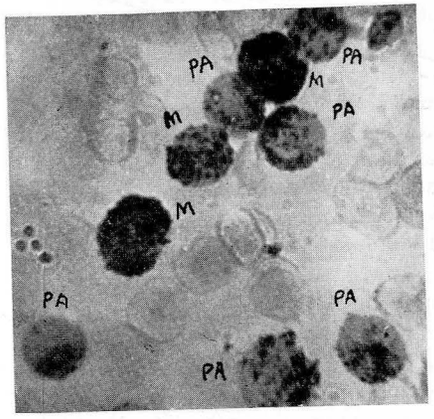
Si el material leucémico empleado en la inoculación es de la forma aguda humana, se produce un leucemia aguda en el cobayo, de evolución mortal en el 90 por ciento de los casos, con supervivencia máxima de veintiocho días, para la leucemia mielógena aguda, y de cincuenta y cinco días, para la forma linfática aguda. La muerte de los animales inoculados va precedida de astenia, cuya intensidad aumenta progresivamente, terminando con la muerte. Este síndrome, clínicamente, se caracteriza por la astenia y pérdida de peso. La astenia es por hipotonía muscular, que llega a imposibilitar a los cobayos para tener la posición normal. La palpación del cobayo da la sensación de bola algodonosa. El síndrome hemático es de leucopenia, que se hace más intensa antes de su muerte, y aneosinofilia o, en todo caso, hipoeosinofilia. Cuando la muerte no acontece, entonces el animal

se recupera, sube de peso y progresivamente aumentan los valores leucocitarios, quedando una leucemia crónica, mieloide o linfoide, según la sangre utilizada.

La leucemia crónica experimental transmitida con material humano, inaparente desde el punto de vista clínico, en su larga evolución (más de tres años), por sus caracteres hematológicos, permite considerar tres períodos evolutivos: 1.º, de incubación, cuya duración es aproximadamente de diez a catorce meses después de la inoculación; 2.º, de estado, que se extiende entre el final de la incubación y el principio de la remisión, aproximadamente unos quince meses; 3.º, de remisión, que comienza al final del período anterior y tiene una duración de tres a cuatro años. En este tercer período, los cobayos tienen aspecto y peso semejantes que los de control. En el período de estado, la cifra de los leucocitos suele ser superior a 70.000 por milímetro cúbico, llegando en algunos casos a cifras verdaderamente elevadas, por ejemplo, 140.000 - 160.000. Durante este período es constante la presencia de mieloblastos con granulaciones de peroxidasas, en la forma mieloide, o de linfocitos patológicos (linfoblastos), en la forma linfoide.



EXTENSIÓN DE SANGRE DE LA ENFERMA DE LA OBSERVACIÓN. MÉTODO DE GIEMSA. CÉLULAS LEUCÉMICAS DE ASPECTO LINFOIDE. AUMENTOS × 1.200.



EXTENSIÓN DE SANGRE DEL MISMO CASO. COLORACIÓN POR EL MÉTODO DE PEROXIDASAS. PA: PROMIELOCITOS ATÍPICOS. M: MIELOBLASTOS. AUMENTOS × 1.200.

En la leucemia experimental mielógena existe constantemente esplenomegalia, llegando a tener el bazo un peso de tres gramos, siendo su peso normal 18-20 centigramos. Existen además metaplasias mieloides o linfoides, según el material empleado.

La naturaleza virásica de la leucemia se demuestra, además, por los «tests» biológicos (MAS Y MAGRO) utilizados también con fines diagnósticos en la leucemia experimental, especialmente en las formas inaparentes.

Test de la interferencia virásica.—Como hecho fundamental ha sido estudiada recientemente por HENLE (1943-1944), ANDREWS y ELFOR (1947), ISAAC y EDNEY (1059) y MAS Y MAGRO (1952).

En este test concurren un par de virus y, hasta nosotros, ha sido considerado como un fenómeno de resistencia; por el contrario, como ha puesto en evidencia MAS Y MAGRO, cuando un par de virus ofrecen cierta virulencia, entonces se producen hechos de sumación de su actividad patógena; en efecto, la inoculación de sangre desecada de gallináceas afec-

tas de eritromielosis aguda al cobayo va constantemente seguida de leucemia crónica experimental inaparente. Ahora bien, cuando se realiza esta inoculación en un cobayo afecto de leucemia, aun en avanzada fase de remisión, se produce una leucemia mielógena aguda de evolución rápidamente mortal. Aquí se demuestra que en el organismo del cobayo afecto existía ya un virus mielótropo, como el de la eritroleucosis aguda de la gallina. Este fenómeno de la interferencia lo venimos utilizando para detectar la leucemia del cobayo. En el tercio de las inoculaciones se produce leucemia aguda mortal, y en los dos tercios de los animales surge una activación de su leucemia crónica experimental.

Test de la constricción provocada.—Consiste en producir una constricción en la parte más alta de una de las patas del cobayo; siempre va seguida de inflamación edematosa de las partes blandas de la misma. En el cobayo normal, al quitar esta constricción determina rápidamente la curación de la inflamación edematosa sin alteración de la sangre, o en todo caso hay ligera y fugaz leucocitosis. En el cobayo afecto de leucemia crónica experimental, inaparente o en avanzada remisión, se causan idénticos hechos patológicos a los descritos en la interferencia, esto es, síndrome hematoclínico de astenia, inmediatamente seguido de muerte por leucemia aguda, en la cuarta parte de los casos, o de reactivación leucémica, en las tres cuartas partes de los cobayos inoculados. La similitud de los hechos nos conduce al concepto de la intervención de un virus, acaso por la disminución de las resistencias orgánicas por efecto de la lesión provocada.

Test del propionato de testosterona.—Durán-Reynals, en 1931, logró la obtención de un extracto testicular que tiene la propiedad de intensificar las infecciones o de inhibir la proliferación de un tumor transplantable. Pijoan (1931) halló en estos extractos una sustancia llamada «factor de Reynals» por Ledingham, capaz de incrementar el grado de virulencia y de la infecciosidad de las enfermedades (vacuna y estafilococias), es decir, con actividad para acrecer la virulencia de los agentes virásicos. Mas y Magro ha utilizado como test, similar al factor Reynals, el propionato de testosterona en las leucemias en remisión o inaparentes del cobayo por inoculación de material de leucemia humana crónica. La inyección intraperitoneal al cobayo de este propionato de testosterona (10 miligramos diarios, durante dos días) va seguida de los mismos hechos de astenia antes citados, que pueden causar la muerte por leucemia aguda o reactivar la leucemia inaparente o ya en franca remisión. En el cobayo normal la testosterona no causa alteraciones sensibles. Este producto nos ha permitido el diagnóstico de la leucemia experimental inaparente.

Mas y Magro logró aislar el virus de la leucemia humana en la sangre, medula ósea y ganglios linfáticos, bajo la forma de clámides virales constituídas por simbiosis virales, hecho comprobado por el cultivo *in vivo* de sangre, medula ósea y ganglios linfáticos de enfermos de leucemia. El cultivo *in vivo* se realiza de la misma forma que la inoculación de la leucemia, por escarificación de la piel, Con arreglo a este método se produce una proliferación muy abundante de clámides virales entre las catorce y cuarenta y ocho horas siguientes de la inoculación.

Por la coloración de Giemsa-pícrico (una hora con la solución de Giemsa, previa fijación con alcohol metílico, y posterior diferenciación con una solución de ácido pícrico, en agua destilada, al 1'2 gr. por ciento, durante diez minutos), puede teñirse el virus bajo la forma de clámides virales, en las células epiteliales del raspado de la escarificación o en las extensiones de sangre, medula ósea,

también teñidas por este método, en las células inmaduras (linfoblastos y mieloblastos), generalmente en el protoplasma de dichas células y también en el núcleo. Las citadas clámides ofrecen un corpúsculo central en rojo vivo, rodeado de una envoltura densa, incolora o tenuamente gris. En las sombras de Grumprecht de la leucemia linfática se observan con seguridad en las estructuras desintegradas de los linfoblastos clámides más o menos numerosas. Es condición indispensable para la observación de dichas clámides emplear grandes aumentos, como mínimo, 2.000 aumentos.

En general, la proliferación y la multiplicación de los virus en el organismo se realiza únicamente en las células, constituyendo simbiosis (clamidozoarios y conglomerados virásicos), disposiciones gregarias defensivas de las actividades celulares; son, en último término, las que condicionan su parasitismo (Mas y Magro). No obstante, en el medio celular y en el extracelular se hallan corpúsculos elementales, filtrables por filtros de silicio, o separables por ultrafiltración y ultrasedimentación, los que conservan su poder de transmisión, lo mismo que las formas simbióticas del virus. Con la ultrafiltración acaso podrían pasar las mitocondrias, a las que algunos (Oberling) han concedido, en hipótesis, la propiedad de transmitir. Con el procedimiento de la desecación (durante cinco-doce días) de la sangre o medula ósea, es imposible la vida celular; en efecto, las células se destruyen, así como todos sus constituyentes, incluso las mitocondrias. La lisis celular ha sido completa.

Al hablar de virus es preciso conocer sus particularidades ecológicas e inmunológicas, que son extremadamente variables. El virus leucémico, por su superadaptación a una especie animal, es verdaderamente difícil adaptarlo a otra especie distinta de su habitual huésped. El de la leucemia humana, ejemplo de virus superadaptado, con simbiosis intracelular en conglomerado hiperbasófilo (Mas y Magro), puede transmitirse a especie distinta, como el cobayo, a condición de realizar su adaptación biopatológica en las células más indiferenciadas de este animal, a saber: las llamadas por Mas y Magro «células histocitarias», como los clasmatocitos de Ranvier, las células perivasculares de Marchand y las células emigrantes en reposo de Maximow, que se encuentran en la dermis.

En la inoculación por escarificación de la piel, el material leucémico, portador del virus específico, ingresa en estas células y prolifera en ellas, como lo demuestran los hechos siguientes:

Primero: Tales células histocitarias mesenquimatosas hacen hiperbasófilos, o en todo caso se aumenta la basofilia preexistente.

Segundo: No es infrecuente ver conglomerados hiperbasófilos de virus alojados en el citoplasma.

Tercero: El raspado de las líneas de escarificación, hecho después de verificada ésta y antes de los tres días de la misma, transmite la leucemia a otro cobayo.

Cuarto: Pasados tres días de la escarificación, el raspado de sus líneas no transmite.

Quinto: la sangre adquiere su poder de transmitir después de los cuatro días de la inoculación.

Sexto: La medula ósea transmite un poco más tarde.

Todo este proceso intracelular, realizado en las células más indiferenciadas del organismo del nuevo huésped, indica la existencia de un verdadero proceso de adaptación a las condiciones metabólicas del nuevo agente.

Los virus, según las observaciones de Mas y Magro, sean clamidozoarios o conglomerados, determinan en las células una degeneración de pequeñas vacuolas, como

cráteres ultramicroscópicos. Los virus del herpes labialis (clamidozoario) y de la leucemia (en conglomerados) constituyen auténticos ejemplos: el del herpes labialis produce esta vacuolización degenerativa en los poliblastos del exudado (MAS Y MAGRO) de las vesículas; el de la leucemia, en las células inmaduras de la sangre y los órganos hematopoyéticos.

Esta degeneración, que hemos designado con el nombre de «degeneración vacuolar núcleo-plasmática», alcanza al citoplasma y al núcleo, y su término es la lisis total de la célula afecta. Fuera de las virasis citadas, la hemos hallado en los monocitos de diversas enfermedades producidas por virus, agudas y crónicas, en las que el número de monocitos afectos puede llegar al 92 por ciento. Tiene, por tanto, cierto valor diagnóstico en las virasis. Por lo demás, la degeneración vacuolar núcleo-plasmática constituye en la leucemia una lesión celular por virus.

Respecto a la contagiosidad de la leucemia, hemos de exponer que la convivencia de cobayos sanos con otros afectos de leucemia mieloide crónica experimental, por transmisión de la humana, determina en los sanos una leucemia mieloide crónica, caracterizda por hiperleucocitosis, eosinofilia y presencia de promielocitos atípicos, con peroxidasas y, además, esplenomegalia constante y hepatomegalia, con metaplasias mieloides en bazo e hígado (MAS Y MAGRO).

* * *

Hemos ofrecido las perspectivas principales de la enfermedad leucémica tal como MAS Y MAGRO la contempló desde la clínica y por el método experimental.

Para alcanzar su objetivo necesitó una labor larga de muchos años, prácticamente iniciada en 1919, aunque su labor de investigación se iniciara mucho antes, concretamente en 1901, durante la cual tuvo que examinar a la luz de las técnicas hematológicas objetivas el contenido real de las sistemáticas, desechando todo lo que tuviera una significación especulativa.

RESUMEN

Se hace un estudio histórico y etiopatogénico sobre la enfermedad leucémica, señalando los trabajos experimentales que han permitido determinar la naturaleza virásica de esta enfermedad mediante tests biológicos, utilizados también con fines diagnósticos en la leucemia experimental, especialmente en las formas inaparentes.

Se destaca la aportación española al estudio de esta enfermedad, señalando de manera especial los trabajos de F. Mas y Magro, que logró aislar el virus leucémico en sangre, medula ósea y ganglios linfáticos, hecho comprobado después mediante cultivos "in vivo".

Termina señalando las perspectivas clínicas principales de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

ALBLHARY.—*Le Sang*, 16-110, 1944.
ATANASIU, P.; SISMAN, J., y WETTEN, M.—«Morphologic study by electron microscope of the lyphoid leukosis virus in tissue cultures». Academie des Sciences. *Comp. Rendus*, 250-2.087-2.089, 1960.
BARD.—«De la leucocytemie consideree comme le cancer propre du sang». *Lyon Medical*, LVII-239, 1888.
BENNET.—*Edimburg Medical and Surg. Jour.*, LXIV-400, 1845.
BEHIER.—«De la leucemie intestinale». *Unión Med.*, 1869.
BERGOL'TZ, V. M.—«The virus aetiology of the leukaemias». *Problems of Virology*, 4-2-13, 1959.
— «Experimental study of etiology of human leucosis». *Problemy Gematologii i Perelivaniya Krovi*, 4-23-27, 1959.
— «Recent experimental data on the etiology of leukoses». *Uspekhi Sovreminnoi Biologii*, Moscow, 47-390, 1959.
— «Present status of the problem of etiology of leukoses». *Problemy Gematologii i Perelivaniya Krovi*, 2-247-62, 1957.
— «Leukemia. Experimental data». *Priroda*, 47-43-46, 1958.
— «Experimental studies of the etiology of leukemia in man». *Neoplasma*, 5-337-347, 1958.
BESSIS, M., y BRICKA, M.—*Comp. rend. Soc. Biol.*, 143-5-6-375-379, 1949.
— *Rev. Hemat.*, 42-350-363, 1949.
— *Arch. Anat. Micr.*, 38-3-190-215, 1949.
BLUM.—«Leucemie, esplenoctomie, mort». *Traité de Chirurgie*, 1-98, 1886.
BONARDI.—«Deux cas de leucemie splenique avec schizomycetes dans le sang». *Rivista Ge. Ital. di Clinic. Med.*, núms. 5-6, 1889.

BRAUNSTEINER, H.; FELINGER, K., y PAKESCH, F.—«The presence viruslike inclusions in human leukemic tissues». *Zeits. für In. Medizinische und ih. Grenzgebiete*, 40-384-388, 1959.
BRODY, S.; JOHANNISON, E., y THORELL, B.—«On the growth activity of virus induced leukemia cells». *Cancer Research*, 19-1.025-1.029, 1959.
BUFFET, R. F., y FURTH, J.—«A transplantable reticulum-cells sarcoma variant of friend's viral leukemia». *Cancer Research*, 19-1.063, 1959.
BUTENKO, Z. A.—«On the possibility of transmitting leucosis by bed bugs». *Problems of Virology*, 3-231-235, 1958.
CLOUGH, P. W.—«Transmissability of leukemia». *Anals of Internal Med.*, 41-1.084-1.088, 1954.
CHEVALIER, P.—Soc. Franc. Hemat., sesión 16 marzo 1950.
DAMESHECK, W., y GUNZ, F.—«Leukemia». Edit. Grune and Stratton, Inc. New York, 1958.
DUSTIN, P.—*Revue Belge S. Med.*, 13-199, 1941.
FINCH, S.—«Transmision of leukemia», págs. 192-205. «Progress in Hematology», vol. II. Edit. Grune and Stretton, New York, 1959.
GRAFFI, A.—«Viruses as the cause of leukemia». *Blut*, 6-1-7, 1960.
— «Some properties of virus-like agent of myeloid leukaemia in mice». *International Union Against Cancer. Acta*, 15-737-747, London, 1959.
— «Experimental investigations concerning the etiology of leukemia». *Zeitz. Mediz. und ihre Grenzgebiete*, 13-961-971, 1958.
— «Virus etiology ofvarious mouse leukemias». *Acta Haematologica*, 20-49-62, 1958.
GRAFFI, A., y GIMMY, J.—«The effect of the virus of mouse myeloid leukemia in the rat». *Zeits. für die gesante Innere Medizin und ihre Grenzgebieten*, 13-881-884, 1958.
GROBIN, W.—«Etiology of the leukemias». *Canadian Medical Ass. Jour.*, 80-738-739, 1959.
GROSS, L.—«Viral etiology of «spontaneus» mouse leukemia». *Cancer Research*, 18-371-381, 1958.
— «Viral etiology of cancer and leukemia». *Amer. Med. Ass. Jour.*, 162-1.318-1.319, 1956.
— «Infectious concept of leukemia». *Etiology and treatment of leukemia*, págs. 39-48. Edit. Burdette, St. Louis, 1958.
— «A etiology of leukemia». *The Lancet*, 891, 1959.
— «Transmissable mouse leukemia». *The Lancet*, 8-401-402, 1954.
— «Is leukemia caused by a transmissable virus?» *Blood*, 6-557-571, 1954«
— «Viral etiology of leukemia». *Amer. Ass. Med. Jour.*, 155-1.582, 1954.
— «La leucemie de la souris est-elle due a un virus? Nouvelles experiences sur la transmission de la leucemie par extrait filtre». *Revue de Mematologie*, 10-509-515, 1955.
— «Viral etiology of mouse leukemia». *Cancer*, 9-778-791, 1956.
GUILLERMET.—«De l'adenie; sa nature infectieuse». Th. doc., Lyon, 1890.
HODGKIN.—«On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen». *Med. Chir. Transact.*, XVII-168, 1832.
HILTON, B., y BRODKY, I.—«Metabolic alteration in leukemia induced by a virus». *Nature*, 182-1.379-1.380, 1958.
KAPOSI.—*Annals de Dermat. et Syphil.*, VI-400, 1885.
KIRSCHBAUM, A.—«Etiology of leukaemia». *Etiology and treatmen of leukaemia*, págs. 29-38. Edit. Burdette, 1958.
KLEIN, R.—«Recherches recents sur les leucemies experimentales». *Le Sang*, 23-771-776, 1952.
LATARGET, R.—«Is mouse leukemia produced by a virus?» *Boletim do Centro de Estudos do Hospital dos Servidores do Estado*, 7 (10) 486-485, 1955.
— «La leucemia de la souris est-elle due a un virus?» *Le Sang*, 25 (8), 777-787, 1954.
MAGRASSI, F.—«Nouveaux developpements et resultats recents de recherches sur le probleme etiopathogenique de la maladie leucemique». *Revue Belge de Pathologie et de Medecine Experimentale*, 24 (6), 507-511, 1955.
MAGRASSI, F.; CORAGGIO, F.; VILLARI, V.; MAZZACCA, G., y BIANCO, R.—«Culture isolation of tissues of viral nature from human leukemic materials». *Società Italiana di Biologia Sperimentale. Bolletino* 35 (2), 81-82, 1959.
METCALF, D.; FURTH, J., y BUFFET, R.—«Pathogenesis of mouse leukemia caused by friend virus». *Cancer Research*, 19 (1), 52-58.
MONTEMAGNO, F.—«Contribution to the study of virus etiology in limphatic leukemia in cattle». *Acta Medica Veterinaria*, 4 (4-5), 301-310.
— «Viral etiology and transmissibility of limphatic leukemia in cattle». *Acta Medica Veterinaria*, 4 (6), 501-504.
MAS Y MAGRO, F.—«Las alteraciones morfológicas y estructurales del promielocito». I. «Estudio experimental». *Archivos de Medicina Experimental*, 11-3-311-325, 1948.
— Ibídem. II. «Los promielocitos atípicos de la medula ósea en la panmielotisis». *Archivos de Medicina Experimental*, 11-3-328-336, 1948.
— Ibídem. III. «Los promielocitos atípicos de la leucemia aguda». *Arch. de Med. Experimental*, 11-3-337-342, 1948.
— Ibídem. IV. «Investigaciones experimentales sobre el promielocito atípico de granulaciones metacromáticas». *Archivos de Medicina Experimental*, 12-2-235-.
— Ibídem. V. «El promielocito atípico con granulaciones metacromáticas en la leucemia mieloide». *Archivos de Medicina Experimental*, 12-1-285.
— «Estudio morfológico y experimental de la medula ósea hematopoyética». I. «Los aspectos morfológicos de la actividad de las células reticulares y sinciciales en los mamíferos y las aves». *Archivos de Medicina Experimental*, 13-1-103-117, 1950.
— Ibídem. II. «Las células primordiales de la fase de maduración granulocítica». *Arch. de Med. Exp.*, 12-2-211.
— Ibídem. III. «La segmentación del núcleo del granulocito». *Arch. de Med. Exp.*, 12-3-195.
— Ibídem. IV. «Efecto de los extractos de ganglios linfáticos sobre la maduración del promielociot». *Archivos de Medicina Experimental*, 12-2-223.
— Ibídem. V. «Investigaciones sobre la hiperactividad y la hipoactividad de la eritropoyesis». *Archivos de Medicina Experimental*, 13-1-121.
— Ibídem. VI. «Efectos de algunos antibióticos sobre la maduración de los megacariocitos». *Arch. Med. Exp.*, 13-2-137.
— «Investigaciones sobre monocitosis». I. «Efecto de excitación de las células mesenquimatosas del sistema histiocitario». *Arch. Med. Exp.*, 14-1-149.
— Ibídem. II. «Regulación hística de los tejidos monocitopoyéticos». *Arch. Med. Exp.*, 13-1-137.
— Ibídem. III. «Efectos de los antiguos atóxicos». *Arch. Med. Exp.*, 14-1-191.
— «Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la patogenia de la leucemia mieloide aguda». I. «Nota previa sobre el virus de la leucemia mieloide aguda». *Arch. Med. Exp.*, 14-2-215.
— Ibídem. II. «Experimentos de transmisión». *Arch. Med. Exp.*, 14-2-223.
— Ibídem. III. «Alteraciones hematológicas consecutivas a la transmisión experimental». *Arch. Med. Exp.*, 14-3-141.
— Ibídem. IV. «Alteraciones de la medula ósea consecutivas a la transmisión experimental de la leucemia granulocítica aguda». *Arch. Med. Exp.*, 14-3-149.
— Ibídem. V. «Degeneración núcleo-plasmática en relación con el virus leucémico». *Arch. Med. Exp.*, 14-4-23.
— Ibídem. VI. «Reacción del antígeno (virus leucémico) constatada por el test de la eosinofilia en los cobayos inoculados con material (sangre) de la leucemia mieloide aguda humana» (en colamoración con MAS Y MAGRO, hijo). *Archivos de Medicina Experimental*, 14-4-73.

— Ibídem. VII. «Efectos de la convivencia de cobayos sanos con cobayos afectos de leucemia experimental por transmisión de cepas humanas de leucemia mieloide crónica». *Arch. Med. Exp.*, 15-4-459.
— Ibídem. VIII. «Efectos de la inoculación de material de leucosis aviaria en cubayos afectos de mielosis crónica experimental por transmisión de cepa humana homóloga». *Arch. Med. Exp.*, 15-4-467.
— Ibídem. IX. «Efectos del traumatismo provocado sobre la leucemia experimental». *Arch. Med. Exp.*, 17-3-325.
— Ibídem. X. «Diagnóstico biológico de la leucemia crónica experimental por transmisión de la humana». *Archivos de Medicina Experimental*, 17-3-341.
— Ibídem. XI. «Diagnóstico biológico de la leucemia experimental por el test de la constricción provocada». *Arch. Med. Exp.*, 17-3-407.
— Ibídem. XII. «Diagnóstico biológico de la leucemia experimental por el test de la interferencia virásica». *Archivos de Medicina Experimental*, 17-3-421.
— Ibídem. XIII. «Diagnóstico hematológico de leucemia mieloide crónica experimental». *Arch. Med. Exp.*, 18-2-121.
— Ibídem. XIV. «La significación de la reacción leucocitaria de Mastzellen en la leucemia mielógena crónica experimental por transmisión de la forma homónima humana». *Arch. Med. Exp.*, 18-2-133.
— Ibídem. XV. «Efectos de activación de la testosterona sobre la leucemia mielógena experimental inaparente o en avanzada fase de remisión». *Arch. Med. Exp.*, 18-3-289.
— Ibídem. XVI. «Experimentos de transmisión de la leucosis de las gallináceas al cobayo, con refeerncia especial a la posible identidad entre los virus mielotropos aviario y humano». *Arch. Med. Exp.*, 18-3-299.
— Ibídem. XVII.«El síndrome hematoclínico de la leucemia experimental del cubayo, por transmisión humana». Respuesta al artículo de los profesores Vojtech Pujman y Otto Soyka, de Praga. *Arch. Med. Exp.*, 18-4-411.
— Ibídem. XVIII. «Leucemia mieloblástica sobreaguda por inoculación de sangre desecada (treinta y seis días) de un enfermo de leucemia mielógena crónica d evolución lenta y apirética». *Arch. Med. Exp.*, 18-4-431.
— Ibídem. XIX. «Valoración etiológica del factor hereditario materno en la llamada leucemia congénita». *Archivos de Medicina Experimental*, 21-1-7-12.
— «Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la etiología y la patogenia de la leucemia linfática aguda». I. «Experimentos de transmisión». *Arch. Med. Exp.*, 15-1-55.
— Ibídem. II. «Alteraciones leucocitarias de la sangre y aspecto citológico de los folículos linfoides». *Archivos de Medicina Experimental*, 15-1-69.
— «Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la etiología y la patogenia de la leucemia crónica humana (mieloide y linfática)». *Arch. Med. Exp.*, 15-1-75.
— «Investigaciones experimentales sobre la etiopatogenia de la leucemia». I. «Significación de la leucocitosis y la eosinofilia de la leucemia experimental del cobayo por transmisión de diversas cepas humanas. *Archivos de Medicina Experimental*, 15-2-153.
— «Investigaciones experimentalessobre la etiología y la patogenia de la leucemia mieloide crónica humana». I. «Hiperleucocitosis de la mielosis crónica experimental por transmisión de material de leucemia crónica humana». *Arch. Med. Exp.*, 15-2-189.
— Ibídem. II. «La relación antígena de la eosinofilia del benzol». *Arch. Med. Exp.*, 15-3-257.
— «Estudios sobre la etiología de la leucemia humana». I. «Mielosis eritrémica del cobayo por inoculación, por escarificación, de sangre desecada de mielosis humana». *Arch. Med. Exp.*, 15-4-401.
— «Investigaciones morfológicas sobre las formas simbióticas de los virus patógenos». I. «Las formas clamidozoarias». *Arch. Med. Exp.*, 17-2-237.
— Ibídem. II. «Conglomerados hiperbasófilos intracelulares virásicos». *Arch. Med. Exp.*, 17-4-467.
— «Estudio microscópico de las células inmaduras de la sangre de la leucemia humana». I. «Degeneración cristaloide de las peroxidasas de los mieloblastos». *Arch. Med. Exper.*, 19-1-7.
— «Estudio morfológico del virus de la leucemia humana y la aviaria». I. «La forma clamidozoaria del virus en la leucemia en general». *Arch. Med. Exp.*, 19-1-39.
— «Analogía entre los síndromes eritrémicos de la mielosis eritrémica y experimental y el síndrome eritrémico experimental de la anemia megalo-esplénica». *Arch. Med. Exp.*, 19-2-171.
— «La interferencia viral en la leucemia humana». I. «Efecto de interferencia viral entre ésta y el herpes-zaster». *Archivos de Medicina Experimental*, 20-4-313.
— «Cultivo «in vivo» del virus de la leucemia humana y de las gallináceas». *Arch. Med. Exp.*, 20-2-99.
— «Cultivos «in vivo» de los virus patógenos y su posible aplicación al diagnóstico de las enfermedades por virus». *Galicia Clínica*, XXVIII, 795-803.
— «Leucopenia mielógena crónica». *Galicia Clínica*, XXVIII-93.
— «Cultivo «in vivo» de los virus patógenos y su posible aplicación al diagnóstico». VI. «Cultivo «in vivo» de los virus de la leucemia humana y aviaria». *Galicia Clínica*, XXIX, 166-168.
— «El fenómeno de la interferencia virásica en la experimentación y en la clínica». *Galicia Clínica*, XXX-101.
— «Etiología virásica de la leucemia humana». *Gaceta Sanitaria*, X, n.º 5-6, 1955.
— «Richerche morfologiche e sperimentali sulla patogenesi della leucemia mieloide acuta». *Il Progresso Medico*, VII, 193-195, 1951.
— «Les troubles morphologiques et estructurels du promyelocyte». I. «Étude experimentale». *Le Sang*, 20-15-23.
— Ibídem. II. «Les promyelocytes atypiques de la moelle oseusse dans la panmyelophtisie». *Le Sang*, 20-152-158.
— Ibídem. III. «Les promyelocytes atypiques de la leucemie myeloide aigue». *Le Sang*, 20-161-164.
— Ibídem. IV. «Investigations experimentales sur le promyelocyte atypique a grains metachromatiques». *Le Sang*, 20-306-313.
— Ibídem. V. «Le promyelocyte atypique a grains metachromatiques du sang dans la leucemia igue». *Le Sang*, 20-557-563.
— «Recherches morphologiques et experimentales sur la pathogenie de la leucemie myeloide». I. «Transmissión experimentale heterologue de la leucemie myeloide aigue humaine». *Le Sang*, 22-756-760.
— Ibídem. II. «Les troubles du sang consecutifs a la transmission experimentale de la leucemie myeloide aigue». *Le Sang*, 22-760-764.
— Ibídem. III. «Troubles de la moelle oseusse chez les cobayes inoculés par la souche myeloblastique de la myelose aigue humaine». *Le Sang*, 23-610-615.
— Ibídem. III. «Degenerescence nucleo-plasmatique en rapport avec le virus leucemique». *Le Sang*, 25-160-166.
— Ibídem. IV. «Experiences de transmission de la leucemie myeloide chrinoque humaine chez le cobaye». *Le Sang*, 25-166-171.
— Ibídem. V. «Effets de l'inoculation du materiel de la leucose aviaire chez le cobaye déjà atteints de myélose cronique experimentale, par transmission de celle de l'homme, en phase d'inactivation». *Le Sang*, 25-516.
— Ibídem. VI. «Myélose érythremique aigue produite chez le cobaye atteint de myélose chronique expérimentale sous l'effet d'un traumatisme». *Le Sang*, 25-633-638.
— I Congreso Nacional de Medicina, Madrid, 1919.
— «Las células mesenquimatosas polimorfas de la medula ósea del cavia, estudiadas por un método de sensibilización *intra vitam* de sus aparatos mitocondriales». Conferencia en el «X Congrés International de Cytologie Experimentale», Budapest (Hungría), 1927.

— *Archiv für Experimentelle Zellsforschung*, 1927.
— *Virchow's Archiv*, 153, 1922.
— *Archiv für Experimentelle Zellsforschung*, 6-275, 1928.
— *Archiv für Experimentelle Zellsforchung*, 8-415, 1929.
— «Diagnóstico de la leucemia». Edit. Científico-Médica, Barcelona, 1954.
— «La Leucemia». Edit. Morata, 2.ª ed., 1955.
— «La alergia celular». Edit. Aguado, Madrid, 1945.
— «Técnica de hematología clínica». Edit. Científico-Médica, Madrid, 2.ª ed.., 1953.
— «La gripe y otras enfermedades de etiología viral y la leucemia». Clínica y Laboratorio, LXIX, 409, 258-261, 1960.
— «Contribución del método de peroxidasas al diagnóstico de las leucemias mieloides en latencia». Clínica y Laboratorio, LXVII, 405, 406-412, 1959.
— «Sobre la remisión de la leucemia». Clínica y Laboratorio.
Nadel, E.—«Transplantation of leukemia from inbred to noninbred guinea pigs». *National Cancer Institute Journal*, 19 (3), 351-359, 1957.
— «An influence of age on transplantation of leukemia from tot non-inbred guinea pigs». *Federation Proceeding*, 13 (1), 439-440, 1954.
Naegeli, O.—«Blutkrankheiten und Blutdiagnostik». Berlín, 2.ª ed., 1951.
Nakano, A., y Kuyinuki, S.—«Filtrable agent isolated from leukemia blood». *Acta Pathologica Jajonica*, 7 (4), 320.
«Neuere untersuchungen über die aetiologie der leukamie». *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 80, 868. 1935.
Neumann.—«Virchow und Hirsch's Jahresber, 1869». *Archiv d. Heilkunde*, 1871.
Oberling, Ch.; Bernhard, Braunsteiner y Fevre.—*Comt. rend. Soc. Franc. Hematol.*, 16-3-1950.
Papparella, V.—«Virus of dymphatic leukemia of cattle demostrated in electron microscope». *Zooprofilasi*, 14 (4), 251-256, 1959.
Parson, D.—«Cell multiplication, virus liberation, and ultraestructure of avian myeloblast in tissue culture». *International Union Against Cencer. Acta*, 15-826, 1959.
Pujman, V., y Soyka, O.—«Pokus o frenos lidske leukemie na morce inokulaci do skarifikacni rani». *Casopis Lékaru Ceskych*, 93 (44), 1.219-1.221, 1954.
Roux.—«Contribution a l'étude du sang leucemique». *Province Med.*, núms. 20-24, 1890.
Roux y Lannois.—«Sur un cas d'adenie infectieuse due au staphilococus pyogenes aureus». *Rev. Med.*, p. 1.011, 1890.
Schmidt, F.—«Leukemia and virus; an essay into explication of experimental data in animals and men». *Zeits. f. d. ges. In Med. u. ih. Grenz.*, 12-337, 1957.
Sinkovics, J.—«Study of leukemia». XII. «Interference and reactivation experiments with cell-free tissue extracts of leukemic swiss mice». *Blood*, 15, 95, 102. 1960.
Schwartz, S.—«Etiology of leukaemia. A case for the virus theory». *Blood*, 11, 1.045-1.047, 1956.
— «The etiology of deukemia. The status of the virus as causative agent». *Blood*, 14, 279-294, 1959.
Syverton, J.—«Viruses and cancer», del libro *Etiology and treatment of leukemia*. Edit. Burdette, St. Louis, 1958.
Timofeyersky, A.—«Globular virus-like bodies in human tumors». *Inter. Union Against Cancer. Acta*, 15, 751-752, año 1959.
Toru Ito.—«Electron microscopic observation on myeloid leukemic cells, with special reference to the findngs resembling to virus infektion». *Acta Haematol. Japonica*, 21-631, 1958.
Tozzini, F.—«In vitro culture of virus avian leukemia». *Zooprofilassi*, 13, 627, 629. 1958.
Virchow.—*Froriep's Notizen*, n.º 780, 1845.
Wallbanks, A.—«Virus of avian myeloblastosis». *National Cancer Inst. Jour.*, 23, 251-259, 1959.

Domicilio: Plaza Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

HOSPITAL MILITAR DE VALLADOLID.—SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
Jefe del Servicio: Dr. A. FERMOSO MOVILLA

PARTO DE NALGAS EN PRIMIGESTAS

POR EL

DR. A. FERMOSO MOVILLA

VALLADOLID

DESDE nuestros comienzos en la práctica obstétrica hemos oído de labios de numerosos compañeros, y leído en multitud de revistas de la especialidad, que el parto en presentación podálica es objeto, con demasiada frecuencia de distocias que agravaban el pronóstico materno-fetal.

Numerosos trabajos ha suscitado este tema, y queremos añadir uno más, en el que exponemos nuestro criterio, basado y formado en nuestra experiencia personal.

Si repasamos las estadísticas de numerosos autores, nos sorprende la tendencia intervencionista que presentan, llegando en determinados servicios a la práctica sistemática de la cesárea ante toda primigesta con feto en presentación podálica, sobre todo si ésta ha rebasado los 30 años.

No compartimos este criterio como norma sistemática y sí preferimos una conducta de prueba expectante, dejando evolucionar el parto dispuestos a actuar si se presentara alguna indicación que pueda justificar nuestra intervención.

Ante toda primigesta con feto en presentación podálica debemos —y de esto sí que somos fervientes admiradores— intentar efectuar la versión externa si es vista por nosotros antes del séptimo mes y medio de su embarazo. Hemos oído comentarios rechazando la práctica de esta pequeña intervención ante la posible aparición de accidentes que ocasionarían a veces la muerte fetal. Creo —y hablo por experiencia personal— que es un poco exagerada la aparición de dichos trastornos, sin negar su posible presentación.

La versión externa es una maniobra fácil de realizar la mayoría de las veces; pero si encontramos alguna dificultad que nos obligue a la violencia, es preferible dejarla e intentar nuevamente su práctica transcurridos unos ocho días. Si en este nuevo intento no conseguimos *con maniobras suaves* transformar en cefálica su presentación, desistimos definitivamente de su empleo y esperamos el parto podálico con todas sus consecuencias. En este segundo intento a veces nos ha resultado favorecida la práctica de la versión externa, por la administración, el día anterior a su realización, en ayunas, de unos 30 gramos de aceite de ricino, y el mismo

día de hacerla, unas horas antes, un enema de limpieza. En varias ocasiones, con este sencillo proceder, hemos conseguido la versión externa de una manera espontánea.

Ante toda gestante primigrávida con feto en presentación podálica, debemos tener un conocimiento previo de las condiciones del canal del parto. Esto es indispensable, y su conocimiento y estudio más perfecto y detallado nos lo da la *radiopelvimetría.*

Su omisión es arriesgada y nos hace ver el pronóstico del parto podálico con las mayores reservas.

La medida rutinaria de la pelvimetría externa nos da una idea poco aproximada de la configuración pélvica.

No obstante su escaso valor práctico, la seguimos utilizando, pues nos sirve de orientación ante la falta del examen radiopelvimétrico. Más datos orientadores recogemos con la pelvimetría interna digital, que no omitimos nunca y que nos permite recoger datos más concretos de las partes blandas y de las relaciones existentes entre el canal del parto y el feto, sobre todo si este reconocimiento se realiza al final de la gestación, que podemos apreciar el grado de penetración de la presentación fetal; estos datos son de más positivo valor que los obtenidos por la pelvimetría externa.

La práctica radiopelvimétrica debiera hacerse de manera sistemática ante toda mujer gestante, sobre todo si esto sucede por primera vez, y más aún si la presentación es podálica.

Es cierto su inconveniente de tipo monetario para un país como el nuestro, de no muy elevado nivel económico, y, por otro lado, el que exige personal muy especializado, no fácil de encontrar a excepción de las grandes capitales; pero, sin embargo, son tan grandes las ventajas que nos proporciona, que bien merece que se haga un esfuerzo económico ante la tranquilidad que da el esperar un parto podálico con buenos datos recogidos en el examen radiopelvimétrico.

Si no disponemos de medios para realizar la radiopelvimetría, y los datos obtenidos por la exploración no nos hacen sospechar ninguna desproporción pelvifetal o anomalía aparente que nos pueda entorpecer la marcha del parto, nuestro criterio es dejarle evolucionar espontáneamente.

Una cosa que creemos indispensable para la asistencia al parto en las mujeres con presentación podálica, es su hospitalización en clínica adecuada. El parto podálico en domicilio presenta unos inconvenientes que nos ponen al borde del fracaso por carecer en él de medios adecuados.

Unos diez días antes del parto administramos a la gestante un preparado ataráxico, para conseguir una mayor tranquilidad psíquica.

Hacemos sistemáticamente infiltración de periné, con unos 15 a 20 c. c. de solución de novocaína al 1 por ciento y 10 u. de hialuronidasa; a continuación practicamos con los dedos índice y medio de la mano derecha movimientos de derecha a izquierda, y a la inversa (baile del periné), con lo que conseguimos un mayor grado de relajación. Si a pesar de este manoseo vemos que la resistencia perineal proporciona alguna dificultad en la salida de la presentación, practicamos *en gran proporción episiotomía profiláctica.*

La conducción y dirección del parto la realizamos exactamente igual que en el parto en presentación cefálica; únicamente favorecemos la dinámica uterina y ayudamos a la expulsión con un preparado oxitócico, 3 u. como máximo, cuando la dilatación es completa y la presentación está situada por debajo del tercer plano.

En gestantes nerviosas ponemos, cuando la dilatación está entre palma pequeña y palma grande, una ampolla intramuscular de Niombil, que nos ha dado excelentes resultados.

En el momento de aparecer en el suelo perineal la presentación fetal, hacemos que la parturiente respire unas inhalaciones de trilene, al mismo tiempo que la comadrona nos hace la maniobra de Kristeller con suavidad.

A veces, en contadas ocasiones, hemos aplicado el vacuo-extractor sobre las nalgas, con magníficos resultados, produciéndonos la clásica bolsa serosanguinolenta, que curó sin dejar secuela alguna.

Cuando la dilatación es completa, de manera profiláctica, procedemos a la administración de oxígeno a la madre, con un ritmo de tres o cuatro litros por minuto, manteniendo una continua vigilancia sobre el latido fetal y realizando la extracción fetal con arreglo a las normas de todos conocidas, practicando en gran proporción la maniobra de Bracht con excelentes resultados.

Dirigimos el alumbramiento en todos los casos mediante inyección intravenosa de 20 c. c. de suero glucosado hipertónico, con una ampolla de ergometrina o Syntocinón.

En la mortalidad fetal apenas hemos notado aumento en comparación con el parto en presentación cefálica.

Por todo ello nos parece un poco intervencionista el criterio de que ante toda primigesta añosa con presentación podálica haya que realizar una cesárea. Esta estará indicada en el caso de que el examen externo de la pelvis o, mejor aún, el radiopelvimétrico nos indique una desproporción pelvi-fetal; en este caso no podemos hacer correr un riesgo a la madre que tiene fervientes deseos de un hijo y que, por su avanzada edad, las posibilidades de una nueva gestación están disminuídas. El criterio intervencionista en este caso es lógico y natural, como así lo es si la gestante presenta otra indicación para su realización: placenta previa, etc.

No somos partidarios de la asistencia al parto de nalgas por comadrona; lo consideramos como una pequeña intervención tocológica, que puede presentar complicaciones, y preferimos nuestra asistencia personal.

Nuestra conducta ante una primigesta con parto podálico es, en resumen, la siguiente:

Si es vista por primera vez por nosotros antes del séptimo mes y medio de su embarazo, mandarla venir en esta época para intentar por maniobras suaves la versión externa; si no es conseguida al segundo intento repetido a los ocho o diez días, considerar a la gestante como parto podálico, indicándoselo así.

Práctica de una radiopelvimetría, si ello es posible; ésta la mandamos hacer siempre unos quince días antes de la fecha probable del parto, que es cuando mayor cantidad de datos eficaces nos puede dar. Si nos es imposible la radiopelvimetría, solemos hacer una radiografía simple de embarazo, que nos dará unas ideas más exactas de la actitud fetal que el reconocimiento externo.

Administración de un preparado ataráxico y de 10 miligramos de vitamina K. durante los diez días que preceden al parto, con una alimentación pobre en sal y líquidos durante el último mes de la gestación.

Asistencia al parto con las reglas de asepsia similares al parto cefálico normal.
Infiltración del periné y amasamiento del mismo.
Oxígeno a la madre durante todo el período expulsivo, o antes si es necesario.
Vigilancia fetal intensa.
Episiotomía previa lateral.

Extracción fetal lenta con Bracht y Mauriceau, si es necesario.
Suave Kristeller.
Alumbramiento dirigido.
Sutura de la episiotomía una vez extraída la placenta, no antes.

Con la conducta asistencial anteriormente expuesta, creemos que el parto podálico es susceptible de realizarse por vía baja, sin menoscabo de la integridad fetal y sin aumento apreciable de su mortalidad, no compartiendo por ello el intervencionismo sin indicación precisa.

RESUMEN

El parto en presentación podálica con frecuencia da origen a distocias que agravan el pronóstico materno y fetal.

Recogiendo su experiencia personal, expone el autor las normas seguidas en su clínica, que, atentamente llevadas, permiten realizar el parto podálico por vía baja sin menoscabo para la integridad fetal ni aumento de la mortalidad, evitando en muchas ocasiones un intervencionismo exagerado.

Dirección: Angustias, 38. Valladolid.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

EL SÍNDROME BOCIO-MASTOPATÍA-MIOMA-METROPATIA (*)

POR EL

DR. MARIANO ALVAREZ COCA

BILBAO

DEFINIMOS el síndrome como un cuadro clínico caracterizado por la agrupación de síntomas que suelen tener un mismo mecanismo patogénico y causas etiológicas diferentes.

Creemos por esto que nos podemos referir al *síndrome bocio-mastopatía-mioma-metropatía*, que reúne las condiciones indicadas.

CLÍNICA

Se suele presentar en mujeres solteras, viudas, casadas sin hijos, casadas con pocos hijos o con vida sexual irregular, siempre que exista el fondo constitucional adecuado. En conjunto predominan los factores foliculínicos sobre los luteínicos. La edad de aparición del cuadro está comprendida entre los 30 y los 45 años.

Examinaremos brevemente cada uno de los síntomas que componen el referido síndrome:

a) *Bocio.*—Entendemos por bocio el aumento de tamaño del tiroides que no tiene carácter inflamatorio, tumoral degenerativo, ni corresponde a ciertos quistes como son los dermoides, hidatídicos, etc.

Evoluciona en fases sucesivas: parenquimatoso, coloide, quístico, llegándose a las formas fibrosas, calcáreas, etc. Nosotros encontramos en nuestras enfermas el bocio parenquimatoso y coloide con más frecuencia; si el cuadro se prolonga, aparecen las formas quísticas y nodulares.

En general, no hay reacción funcional, pero a veces observamos formas discretamente hiperfuncionantes.

b) *Mastopatía o distrofia mamaria.*—Se incluyen aquí los cuadros mamarios de origen endocrino, tales como la mastodinia, la adenosis y la mastopatía quística de Reclus.

c) *Mioma*, que comprende los tumores miomatosos de útero, ya subserosos, intramurales o submucosos, que coinciden en las enfermas con bocio y mastopatía.

d) *Metropatía hemorrágica* por dislaceración del endometrio por predominio de factores hiperplásicos derivados de un hiperestronismo. A veces hay cuadros de menor intensidad.

(*) Extracto de la conferencia pronunciada en la *Sociedad Ginecológica Española* (Sección del Ebro), el día 20 de mayo de 1960.

Estos cuatro síntomas se encuentran reunidos con gran frecuencia, pero a veces falta alguno de ellos. Frecuentemente el bocio escapa a la exploración ordinaria porque se trata de una simple hiperplasia que únicamente se pone de manifiesto con una exploración detallada. Otras veces, el mioma es pequeño y no se aprecia porque no se buscó la colaboración del ginecólogo, y en ocasiones es difícil de precisar, porque se trata de una hiperplasia difusa del miometrio. La metropatía también suele pasar desapercibida, porque el médico general no se da cuenta de que la biopsia endometrial es de una gran sencillez en manos del especialista, y únicamente valora los cuadros muy intensos.

En el *climaterio* de la mujer solemos encontrar *otro síndrome* caracterizado por la presencia de bocio, fibromioma, hipertensión, hirsutismo, glucosuria y, a veces, obesidad. En esta fase, a consecuencia del fallo ovárico, hay reacción hipotálamo-hipofisaria, con las hiperfunciones gonadotropas, córticotropas y tireotropas, que tienen su repercusión clínica.

ETIOPATOGENIA

En el aspecto etiológico tenemos que considerar: *a*) factores de predisposición, y *b*) factores de desencadenamiento.

a) Los *factores de predisposición* corresponden a la constitución de la enferma; es decir, a esa manera de ser somática, funcional y psíquica. Si consideramos en la mujer una constitución hipogonadal o infantil, una constitución asténica o hiperfoliculínica, una constitución pícnica maternal o hiperluteínica, y por fin una constitución viriloide, hay que reconocer que nuestro síndrome asienta con preferencia en mujeres con constitución asténica hiperfoliculínica durante la época de actividad sexual, y el síndrome climatérico en mujeres que desviaron su constitución en sentido pícnico hipercórticosuprarrenal y viriloide, fenómeno que nos explicamos bien si conocemos la evolución de la sexualidad descrita por MARAÑÓN.

Los factores de predisposición tienen tanta importancia que, si existen muy marcados, aparece el síndrome aunque los desencadenamientos sean poco manifiestos, y, por el contrario, si no hay predisposición, es muy raro que se ponga de manifiesto el síndrome, aunque existan los mecanismos de desencadenamiento.

b) *Factores de desencadenamiento.* Creemos que es fundamental, además de la predisposición, la presencia de un hiperestronismo absoluto o relativo.

En el hiperestronismo distinguimos formas etiológicas: ováricas, hipofisarias, hepáticas, carenciales, renales, etc., y formas clínicas.

Las formas clínicas pueden tener: una proyección principalmente ginecológica como en los casos de mioma, mastopatías, metropatía hemorrágica, endometriosis, etc., o una proyección médica: síndrome premenstrual, síndrome intermenstrual, síndrome hepato-ovárico, etc.

Hoy ponemos sobre el tapete un síndrome intermedio o, si se quiere, global: el síndrome bocio-mastopatía-mioma-metropatía.

La explicación patogénica es, en verdad, interesante: si tenemos reunidos el factor predisponente constitucional y el factor desencadenante hiperestrogénico, aparece el cuadro.

La mastopatía, el bocio y la metropatía las conocen los ginecólogos mejor que yo; por eso solamente voy a hacer algunas consideraciones sobre el mecanismo patogénico del bocio en los casos de hiperfoliculinismo.

Sabemos que aparece hiperplasia tiroidea en los grandes episodios de la vida sexual de la mujer, la pubertad, la menstruación, el embarazo y el climaterio, porque en ellos se produce un déficit relativo de yodo en el organismo, que es responsable del aumento del tamaño de la glándula.

Estudios experimentales han demostrado que los estrógenos aplicados a las ratas con tiroides en fase de reposo funcional dan lugar a imágenes de hiperplasia glandular con cuadro histológico que recuerda el de la hiperfunción. También se ha observado en los casos de hiperestronismo mayor captación de I_{131} por el tiroides.

Algunos autores piensan que la foliculina disminuye las oxidaciones tisulares con acción antagónica con respecto a la hormona tiroidea, lo que llevaría a la glándula al agotamiento funcional con una fase de hiperplasia. Los autores franceses, principalmente, piensan que los estrógenos neutralizarían en la sangre a la hormona tiroidea. Otros afirman que la acción tendría lugar sobre el mismo tiroides interfiriendo algunos sistemas fermentativos. Por fin, los más creen que la actuación tendría lugar sobre el sistema hipotálamo-hipófisis, determinando un aumento de la hormona tireotropa y, como consecuencia, el bocio, habiéndoseles objetado que los estrógenos en exceso más bien frenan que estimulan este sistema, habiendo contrastado que los estrógenos en grandes cantidades tendrían acción frenadora, pero que hiperestronismos menos intensos y a veces intermitentes, serían estimuladores.

En el *síndrome climatérico* de bocio, mioma, hipertensión, glucosuria, hirsutismo y obesidad, casi todos los síntomas se explican perfectamente por la alteración reaccional hipotálamo-hipofisaria, que determina las hiperfunciones tireotropas y córticotropas. El hirsutismo y la glucosuria son claramente suprarrenales, pudiéndose llegar a una diabetes de contrarregulación esteroide.

El *diagnóstico* se establece por el cuadro clínico indicado, frotis vaginal y determinaciones hormonales, principalmente pregnandiol y estrógenos en orina, así como 17-hidroxicórticosteroides, 17-cetosteroides, etc.

Tratamiento

El cooncimiento de este síndrome no sólo tiene importancia clínica, sino también terapéutica, y debe poner de manifiesto la colaboración entre el internista y el ginecólogo; si van disociados, sus resultados serán muy pobres; pero si van en íntima unión, lograrán magníficos éxitos para la Medicina y para el enfermo.

El tratamiento fundamental será etiológico. Se procurará eliminar las distintas causas de hiperestronismo por una terapéutica médica o quirúrgica.

En segunda fase actuará el tratamiento patogénico, tratando de neutralizar los mecanismos que determinan el síndrome, frenando el hiperestronismo, la reacción tireotropa, etc.

Finalmente, el tratamiento sintomático. Sobre el bocio, acudiremos al tratamiento yodado, hormonal o a la terapéutica quirúrgica, recordando que si está en fase parenquimatosa o coloidea, podemos llegar, conociendo el problema, a la recuperación anatómica, pues quitamos el hambre de yodo y la causa de esa carencia: el hiperestronismo. Pero si nos descuidamos y se nos escapan los factores etiopatogénicos, llegamos a la fase quística, que anatómicamente es irreductible.

En las formas climatéricas observamos con frecuencia reacción hipertiroidea, que debemos frenar de manera patogénica y etiológica, pues aquí vemos la etiología con cierta claridad. Si el bocio es voluminoso con elemento compresivo, tendencia degenerativa o recidiva hiperfuncionalmente, hay clara indicación quirúrgica.

Si las mastopatía persiste después de eliminados los factores etiopatogénicos, se debe acudir a la intervención, pues sigo creyendo que constituyen estos cuadros verdaderos estados precancerosos.

El mioma siempre debe ser intervenido.

La metropatía tendrá su terapéutica médica, física o quirúrgica, según los casos.

En el síndrome climatérico frenaremos la hiperfunción hipotálamo-hipofisaria con su reacción tireotropa y córticotropa principalmente, así como el hipertiroidismo e hipercorticalismo. Si aparece diabetes de contrarregulación, procuraremos centrarla metabólicamente, a ser posible sin el empleo de insulina, estando atentos a las complicaciones vasculares.

Creemos que este síndrome que describimos es muy frecuente y debe ser conocido por los médicos generales y ginecólogos, para poder llegar a brillantes resultados derivados de una eficaz colaboración.

RESUMEN

Se define este síndrome como un cuadro clínico caarcterizado por la agrupación de síntomas que suelen tener un mismo mecanismo patogénico motivado por causas productoras diferentes.

Se analizan sus características sintomatológicas y los cuadros clínicos habituales de presentación, tanto en mujeres solteras, en las que predominan los factores foliculínicos sobre los luteínicos, como en las climatéricas, en las que sobresalen los síntomas de hipertensión, hirsutismo, glucosuria y, a veces, obesidad, como consecuencia de la reacción hipotálamo-hipofisaria. Señala que las formas clínicas, según los casos, pueden tener una proyección principalmente ginecológica o médica.

El tratamiento requiere la estrecha colaboración entre el internista y el ginecólogo, e irá fundamentalmente orientado a eliminar las distintas causas de hiperestronismo por una terapéutica médica o quirúrgica. Esta vigilancia es particularmente importante durante el climaterio.

Se insiste, finalmente, en que este síndrome es una realidad clínica indudable, y muy frecuente, por lo que debe ser conocido por los médicos generales y por los ginecólogos, para llegar así a conseguir, mediante la eficaz colaboración, unos resultados brillantes.

Dirección: Alameda de Recalde, 76. Bilbao.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

ESCUELA DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO.—BARCELONA.
Director: Prof. L. BARRAQUER-FERRÉ (†)

SOBRE UNA AMIOTROFIA FACIO-LINGUO-BRAQUIAL NEURAXÍTICA (*)

POR LOS DOCTORES

L. BARRAQUER-BORDAS y J. L. CANDÍA-SIERRA

BARCELONA

La observación de un cuadro clínico residual amiotrófico, consecutivo a un proceso infectivo de naturaleza desconocida, nos ha movido a redactar esta breve nota clínica.

Antonio R. P., de 23 años de edad, de la provincia de Ciudad Real. Sin antecedentes familiares de interés. Nacido a término. Parto normal. Empezó a andar y a hablar a buen tiempo. Sarampión, siendo muy niño.

A los 9 años, encontrándose hasta entonces perfectamente bien, presentó un *proceso febril de un mes de duración*, en el curso del cual se instauró un cuadro de parálisis de extremidades y dificultad para la ingestación, continuando la fiebre una vez establecido este síndrome nervioso. Al remitir el estado febril, mejoró su cuadro parético, pudiendo reanudar la marcha, que, sin embargo, no era perfecta, presentando además una voz nasal y haciendo un ruido especial al respirar durante el sueño.

Desde hace algún tiempo presenta sensación de mareo en forma de crisis, llegando a caer una vez, aunque sin perder la conciencia.

Exploración: Hábito asténico. Ligero infantilismo. Estado de nutrición regular. Escasa cantidad de panículo adiposo.

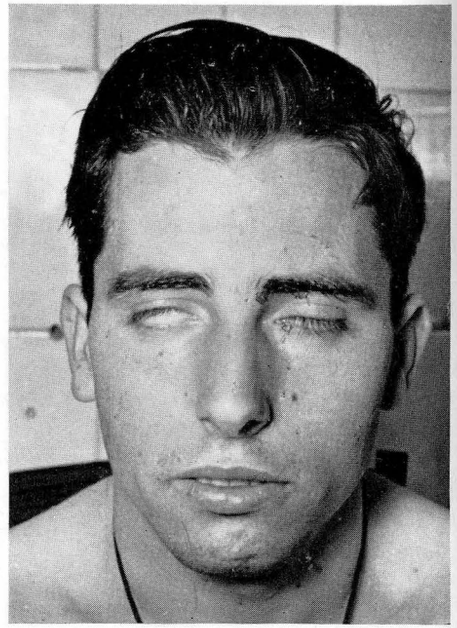


FIGURA 1

(*) Este artículo recoge la nota clínica presentada por el Dr. J. L. CANDIA-SIERRA, de Foz (Lugo), para obtener el certificado de asistencia del *Curso de Neurología para post-graduados* de 1956, organizado por el Dr. L. BARRAQUER-BORDAS, a la sazón secretario de la Escuela.

Paresia facial bilateral, con signo de Bell (figura 1). *Fasciculaciones* de orbiculares de labios.

Amiotrofia lingual, con lengua geográfica (figura 2). *Fasciculaciones.*

Amiotrofia de eminencias tenares e hipotenares, así como de los músculos extensores en el antebrazo, estando conservados, en cambio, no sólo los flexores, sino también los radiales (figura 3). Es notable esta selectividad de las amiotrofias.

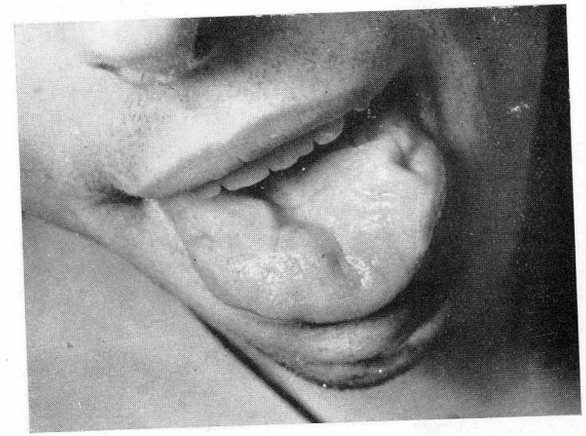


FIGURA 2

Las parálisis son proporcionales al grado de atrofia muscular.

La marcha es ligeramente oscilante.

Los reflejos musculares clínicos están abolidos a nivel de los territorios afectos de amiotrofia. En los demás territorios musculares son prácticamente normales. Los reflejos cutáneos plantares son en flexión plantar. No hay trastornos de la sensibilidad ni de la coordinación.

Electroencéfalograma (doctores VILA y SAMSÓ): Trazado subnormal. Discreta lentificación subalfa ocasional difusa. Escasísimos y discretos signos irritativos en región temporal derecha, de origen subcortical. Buena estabilidad frente a la hiperpnea. Sin signos actuales de focalidad ni específicos de comicialidad.

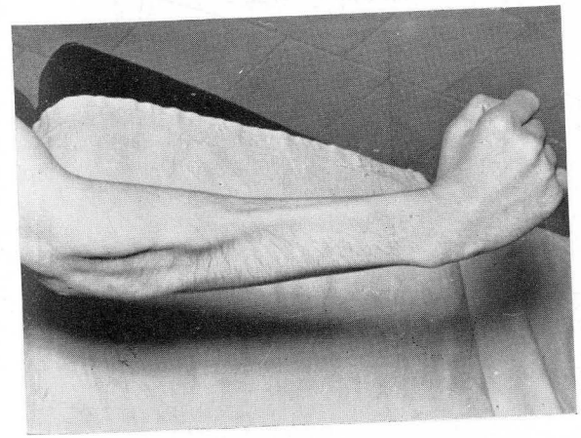


FIGURA 3

Dictamen oftalmológico (Instituto Barraquer): *Anisocoria. Reflejos* fotomotor y consensual normales en ojo derecho, y *abolidos* en el izquierdo. Motilidad extrínseca normal. Conjuntivitis crónica. Sensibilidad corneal algo disminuída. Agudeza visual de un entero en ambos ojos, previa corrección.

Análisis (doctor VIDAL-RIBAS): Hematíes, 4.200.000; leucocitos, 5.600; Hb., 82 por ciento; V. G., 0'97. Fórmula leucocitaria: cayados, 3 por ciento; segmentados, 54 por ciento; eosinófilos, 9 por ciento; basófilos, 0; linfocitos, 28 por ciento; monocitos, 6 por ciento. Serología para lúes, negativa. Seraglutinación para la M. melitensis, negativa.

Por la historia del proceso agudo, por la evolución, por la afectación pupilar (unilateral), por la distribución de las amiotrofias, nos parece que la orientación más verosímil es considerar el proceso como una *polio-mielo-encefalitis por virus.* Se trataría de *una forma casi exclusivamente amiotrófica de neuraxitis.* Uno de nosotros se ocupó hace poco de las amiotrofias espinales de las encefalitis («formas bajas» de los clásicos), en las que no se excluye una topografía lesional radicular.

La ausencia de un examen electromiográfico, biópsico, etc., nos impide comentar con más autoridad este caso, que aportamos con muy limitados propósitos casuístico-iconográficos.

RESUMEN

Se detalla y comenta la historia clínica de un caso clínico residual amiotrófico consecutivo a un proceso infectivo de naturaleza desconocida, que por su evolución y por la afectación pupilar unilateral se considera como una polio-mielo-encefalitis virásica, de forma exclusivamente amiotráfica de neuraxitis.

Dirección: Lauria, n.º 102. Barcelona.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

EL FACTOR PSICOLÓGICO EN EL ALCOHOLISMO

POR EL

DR. ANTONIO FUERTES JOVELLAR

ZARAGOZA

No es necesario señalar la importancia de las gravísimas consecuencias del alcoholismo en todos los órdenes: social, moral, profesional, etc., y la trascendencia del desarrollo de esta toxicofilia. La realidad es que en todos los países civilizados se está haciendo una lucha sistemática contra el alcoholismo, obteniéndose resultados considerables incluso en países de gran hábito alcohólico.

Hora es de que esta lucha se lleve a cabo en nuestro país, y que se haga con sinceridad, profundidad, confianza y totalidad, para lo cual, sin perjuicio de aplicar todas las medidas sanitarias, estadísticas, propagandísticas, clínicas, asistenciales, fiscales, coactivas y punitivas, es esencial conocer perfectamente los factores psicológicos que favorecen y producen la aparición del alcoholismo, para remediarlos en lo posible. A estos factores nos vamos a limitar en esta breve y elemental exposición.

La superproducción de bebidas alcohólicas, las dificultades de exportación de las mismas, la propaganda dirigida por organismos interesados, el bajo precio de estas bebidas en relación con otros artículos y, sobre todo, en relación con otras diversiones más sanas; las dificultades y penurias de vivienda, que echan al trabajador de ella para hacerle buscar refugio en la taberna; deficiencias en la escolaridad y, por ende, en la educación, y otras circunstancias generales de tipo económico, cultural y social, actuando sobre un individuo constitucionalmente predispuesto y psicológicamente condicionado en la forma que luego expondremos, crean una constelación causal que, al cristalizar (a veces, interviniendo un factor desencadenante), hacen que ese individuo se vuelva alcohólico; estas mismas circunstancias, actuando sobre individuos que no están dispuestos constitucionalmente, o que les falta algún factor psicológico, especialmente si el factor entra como recesivo y actúa en forma latente, originan en general una actitud favorable, benévola y tolerante hacia el alcoholismo de los demás, con los cuales tienen muchas veces lazos genotrópicos. Estos individuos, equiparables a los llamados «portadores sanos» en las infecciones, actúan como resonadores, extendiendo el campo favorable al alcoholismo; de aquí que incluso a personas totalmente abstemias se les oiga elogiar la ingestión, uso y abuso de bebidas alcohólicas.

El factor constitucional no tiene, a nuestro juicio, la importancia que en otras enfermedades, y está desbordado por los factores psicológicos, que estudiaremos

a continuación. La constitución más favorable al alcoholismo es la pícnica, especialmente si se une a hiposexualidad.

Los factores psicológicos superficiales, casi siempre los más aparentes y contra los que se suele dirigir la actuación del higienista, son principalmente la inducción, el «snobismo», el deseo de parecer hombres por parte de niños y de mujeres, la costumbre, etc.; pero los verdaderamente importantes, y en los que los anteriores se apoyan, son los factores psicológicos profundos: el alcoholismo, como tóxicofilia, es una enfermedad instintual; el alcohólico bebe como intento de compensación de deficiencias de sus instintos, y sobre todo del instinto sexual. Se trata de personas que no han resuelto bien su problema sexual, quedando atrasadas en su evolución y fluctuando entre la homosexualidad y el donjuanismo, tan próximos y relacionados psicológicamente. Sobradamente conocida es la opinión de que el alcoholismo es una forma de homosexualidad, y realmente podemos observar que el alcohólico no acostumbra a beber solo (salvo en algunos introvertidos masturbadores, o en alcohólicos inveterados en fases avanzadas), e incluso prefiere la compañía de personas del mismo sexo. Al principio de la embriaguez, en la fase clásicamente llamada «sangre de cordero», se exalta la cariñosidad, se abrazan tiernamente los beodos entre sí y se prodigan palabras dulces, como verdaderos enamorados; en la segunda fase, «sangre de tigre», se manifiesta una violenta agresividad, similiorgásmica, a veces con aspecto de sadismo anal, con tendencia a romper y destruir; en la tercera fase, «sangre de cerdo», se observa cierta similitud con el post-coitum, dominando la tristeza, la apatía y la laxitud.

Es curioso señalar que el alcohol exacerba la libido, pero disminuye la potencia sexual, lo que indica su equivalencia en psicología profunda y su antagonismo fisiológico, el cual es consecuencia de la sustitución.

Ahora bien, como no queremos ser llevados a un total pansexualismo, nos interesa anotar que no sólo las tendencias homosexuales son causa psicológica de alcohofilia, aunque probablemente sí sea la principal.

Otra causa muy frecuente es el déficit intelectual, no sólo por la facilidad que tienen los oligofrénicos de ser inducidos, sino por la sensación subjetiva de lucidez mental que da la borrachera a algunos deficientes moderados, que no podemos calificar clínicamente de oligofrénicos, pero que les estorba su propia corteza, a la que, más o menos inconscientemente, reputan insuficiente e incapaz. Son esas personas que no leen ni estudian porque «les molesta lo negro», que tienen escasas aspiraciones en el orden espiritual y que les gusta lucirse pseudointelectualmente, para lo cual desconectan sus centros superiores, entregándose al fácil dominio subcortical con todas sus consecuencias; y el mejor medio de desconexión es la intoxicación alcohólica. Otros déficits psíquicos como el de voluntad y el de valor, también hacen beber: el cobarde bebe para darse ánimos, siempre en íntima relación con el déficit sexual o intelectual antes citado.

A algunos quizá pueda extrañar que no citemos como causa psicológica el gusto sensual de las bebidas: sinceramente creemos que no existe; el supuesto buen gusto de algunas bebidas no es más que un pretexto para satisfacer las tendencias apuntadas en los párrafos anteriores, pues todo bebedor lo que busca es precisamente la acción del componente alcohólico de la bebida, sin influir para nada el mero gusto sensitivo, el cual es, muchas veces, intrínsecamente repugnante, y así se lo parece al bebedor novicio, que bebe a pesar del mal gusto de la bebida.

Vemos, pues, que los factores psicológicos tienen una enorme extensión, no sólo en profundidad, sino también en número de individuos directa o indirectamente

afectos. Muchos ambientes, incluso de categorías morales o sociales aparentemente sanas, están contaminados por actitud alcohofílica; por tanto, antes de empezar a estudiar y aplicar las medidas antialcohólicas, conozcamos (o reconozcamos) estas situaciones psicológicas, comenzando por un sincero examen de nuestra conciencia colectiva, procurando superar todos los factores adversos que se opongan.

RESUMEN

Como introducción al capítulo de lucha antialcohólica en la higiene mental, se estudian los factores psicológicos del alcoholismo, tanto superficiales como profundos, y en éstos, la alteración del instinto sexual y el déficit intelectual.

Dirección: Calvo Sotelo, 11-B. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

APRIORIS NOSOLÓGICOS

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

TODAS las ciencias positivas, y la biología en particular, centran sus experiencias sobre la constitución de la materia. Se trata de penetrar en lo que hasta la fecha se ha llamado, desde tiempo inmemorial, átomo, considerado como un ser simple e indiferenciado y que ahora, gracias a las nuevas técnicas nucleares, resultan desintegrables y, por lo tanto, causa de nuevos cuerpos con cualidades diferentes. Es difícil saber si estamos frente a una carrera sin fin, o hasta qué punto los simples corpúsculos materiales serán sujetos de mutación o cambio, o si, por el contrario, el simple átomo clásico lo integramos a un dinamismo de tipo energético según ha postulado alguna teoría cosmológica.

Desde luego, lo que al biólogo interesa en sus experiencias es esa gran frontera constituída por el Universo orgánico como lugar común entre el universo mineral, y el que constituye el universo vital u organizado.

Es un hecho cierto que el dinamismo físico-químico está ordenado al dinamismo biológico, como de causa a efecto, con enlaces específicos orientados por el factor genético de las células en general; asimismo, esta correlación de los elementos materiales entre sí constituye la razón potencial de la compleja dinámica de la vida en general; aquello que la diferencia como forma y sistemas de regulación de los distintos elementos materiales, el acto en sí organogénico, con los sustratos correspondientes ordenados a formas directrices y específicas de finalidad, como carácter que esencia a los seres vivos.

Siendo, por lo tanto, todo organismo aquello que le sustancia una razón de leyes físico-químicas, es a éstas donde debe acudir el biólogo como objeto propio de conocimiento, y el médico, para sus juicios clínicos. La dinámica material es una razón de continuidad ininterrumpida, de integraciones y desintegraciones, oxidaciones y reducciones, potencias y actos por los que las formas cumplen su finalidad.

Otro hecho cierto es que la materia, en general, para pasar al nivel de organización lo tiene que hacer a través de células germinales u ontoplasmas, que son los principios determinantes de las leyes biogenéticas. Sin el principio directriz de la célula germinal, no existe poder evolutivo organizado, o sea, que en todo elemento primario reside una proyección de futuro, un principio de canalización de la materia, por el cual ésta se ordena a una finalidad. Este mecanismo concertado de origen, operación y fin a base de elementos materiales sin capacidad

de ordenarse por sí mismos, constituye para el biólogo la incógnita maravillosa que encierra la vida en el Universo.

Como nuestra mente concibe sus principios a base de dos entidades fundamentales en todas las ciencias, tanto positivas como espirituales, que son la dimensión de cantidad y la dimensión de cualidad en términos de comparación con arreglo de módulos de unidad real, en un caso, y en otro, de unidad ideal o perfectiva, y siendo la biología, y más concretamente la ciencia médica, una ciencia objetiva, tenemos que partir de ambos conceptos para nuestras valoraciones clínicas, o sea, tanto de la condición cuantitativa como de la cualitativa o de intensidad de los fenómenos o dinámica de los hechos observados en un orden de especificidad ya normal o patológica.

A este efecto consideramos distintos aspectos dinámicos de expresión objetiva clínica, comenzando por aquellos cuyas causas determinantes nos ofrecen cuadros clínicos de menor a mayor intensidad de los mismos.

Haciendo un esfuerzo de sistemática mental, aun a sabiendas de que posee un valor de relativa convencionalidad, podemos admitir tres aprioris nosológicos, partiendo del concepto genérico de mecanismos de regulación orgánicos. Sabido es que en términos generales se sobreentiende por dicho concepto todo dinamismo organizado que tiende espontáneamente a equilibrar física, química y biológicamente las formas y funciones naturales de los seres vivos.

En este sentido, desde dichos puntos de referencia, podemos admitir distintos niveles cuali-cuantitativos de dichos mecanismos de regulación, de evidente significación morbosa.

1.º Un primer grupo comprende unas reacciones fisiopatológicas por las cuales los sistemas y aparatos responden a los estímulos físico-químicos y biológicos con un carácter específico conocido por sensibilización, en un término general de *alergosis*; en el aspecto cuali-cuantitativo, la alergia, como condición de hipersensibilidad a los agentes, es capaz de recorrer todas las escalas nosopáticas orgánicas. Comprende una serie de trastornos locales y generales en que se compromete el mecanismo fisiológico por efecto de productos o sustancias (alérgenos) más diversos: alimentos, medicamentos, sueros, vacunas, etc., los cuales originan las más complejas manifestaciones clínicas en todos los sistemas sin excepción, con las repercusiones consiguientes en el estado general, desde las manifestaciones más simples hasta los casos más graves y fulminantes.

Nuestra condición de objeto natural entre los objetos naturales nos sitúa ante las leyes y principios que rigen la vida como sujeto cósmico. Lo que nos circunda es causa tanto de ser como de alteración, como de no ser. CLAUDIO BERNARD dijo exactamente: «La vida es la muerte; la condición vital es una serie de actos de adaptación, defensa y regeneración, en los que se ponen a prueba los mecanismos reguladores frente a una sensibilidad proporcionada por la resistencia natural». Los clínicos, en sus análisis objetivos, nos hablan de órganos, de shock, de síntomas deficitarios, eosinofilia, anticuerpos, distonías neurovegetativas; en fin, de un conjunto de razones causales y efectos de una problemática valoración por cuanto la clínica no conoce los principios eficientes de la dinámica vital.

Este capítulo de alergosis nos demuestra que vitalmente acusamos todo agente físico, químico y biológico capaz de sensibilizar la dinámica vital según especificidades personales, lo cual nos obliga a obrar con la mayor reserva en todos los casos, ya que un tratamiento de rutina, el más inocente, puede dar lugar a graves situaciones.

La alergosis, con sus escalas hipoalérgicas e hiperérgicas, recorre todas las intensidades posibles clínicas, cuyas manifestaciones objetivas y subjetivas constituyen una entidad nosológica claramente definida por la clínica moderna, que debemos tener muy en cuenta por presentar cuadros sindrómicos de indefinido relieve, en los que se pone a prueba el juicio analítico del clínico.

2.º Un segundo grupo comprende las reacciones fisiopatológicas por las cuales los organismos responden a agentes bioquímicos y biológicos en un orden específicamente nosológico, figurando en primera línea las agresiones *ad intra* y *ad extra* de coloides, virus, bacterias, etc., las cuales constituyen el capítulo más variado de la clínica médica. Ante la agresión virásica, bacteriana, parasitaria, etc., de todo género, estamos ante unos cuadros clínicos en que los mecanismos de regulación se encuentran, no en un nivel de adaptación como en la alergosis, sino en un nivel dinámico de superior actividad defensiva, en que los mecanismos de regulación operan en plan de unidad orgánica y vital; son nuestras dinámicas innatas el poder defensivo ante los impactos constantes de noxas tóxicas, toxínicas de un universo hostil desde que nace hasta que se muere. En este nivel dinámico que puede ser autoagresivo y héteroagresivo es donde los mecanismos de regulación actúan con sus mejores armas por medio de anticuerpos y la función fagocitaria.

Se olvida frecuentemente sobre la actividad de los enzimas o fermentos, a los cuales nosotros concedemos un valor defensivo e inmunitario de primerísimo orden, porque al desequilibrar las energías catalíticas de los ciclos metabólicos, las noxas agresivas encuentran un camino ideal a su desarrollo y reproducción, todo lo cual da lugar a que la mecánica biorreguladora pierda su poder natural defensivo e inmunitario.

3.º Otro grupo de cualidades específicas en orden a sus manifestaciones clínicas es aquel que condiciona los mecanismos bioplásticos, la razón *per se* del desarrollo celular, por los que los organismos se alteran en las leyes de correlación formal y principio de finalidad. Sin entrar en las causas por las que los sistemas celulares dan lugar a las más diversas neoformaciones, y no sabiendo si se trata de agentes que deriven de cuerpos del grupo coloide, virásico, hormonal, enzimático o de singulares concomitancias entre sí, el caso cierto es la profunda alteración del conjunto de las leyes de inmanencia orgánica y vital.

Llegados a este punto, expongo lo que sigue:

Partiendo del hecho elemental de que la dinámica normal de las enzimas o fermentos contribuye a la fisiología de todo ser natural, de que las propiedades de las mismas, unas aceleradoras, otras inhibidoras, y otras que actúan como auténticos mecanismos de regulación entre unas y otras, resulta el dinamismo nutritivo y biogénico en su proyección de finalidad.

Es sabido que las enzimas, por su poder catalizador, actúan sobre las macromoléculas, escindiendo los simples que la componen, dando lugar a otras moléculas más adecuadas a la dinámica fisiológica, por lo que la molécula enzimógena actuaría en cada caso de modo serial con nueva actividad catalítica.

Ahora bien: nosotros podemos suponer que este dinamismo enzimático puede ser alterado cuali-cuantitativamente desde esas formas objetivas que nosotros apellidamos sensibilización o alergia, pasando por el gran grupo de infecciones, hasta alcanzar el mayor nivel de proliferación neoplásica en donde dicho mecanismo se desviaría de un modo radical anulando las series de síntesis, desbordando toda normalidad.

Por otra parte, como la bioquímica ha llegado a la conclusión maravillosa, por la lógica que la inspira, de que el dinamismo elemental y primario está ejercido por moléculas de estructura básica constante (materia sustante) y que basta que en esta molécula se introduzca otro elemento simple de tipo secundario para que resulte otro compuesto químico elemental (materia mutante) con un dinamismo diferenciado adecuadamente funcional.

Estos elementos simples, adicionales y secundarios, concurrentemente diversifican las funciones biogenéticas actuando como mecanismos naturales de regulación, como son las hormonas, vitaminas, etc., en los que tenemos que fundamentar como factores funcionales netamente enzimocatalíticos. Entre la materia sustante o universal, que, según el bioquímico, está simbolizada en el caso del anillo tetrapirrólico, con sus posibles adiciones de cuerpos mutantes, pueden darnos una clave, si no segura, aproximada de las funciones más elementales de la vida.

Desde este concepto, la elementalidad vital es análoga en los reinos vegetal y animal; desde la simple levadura, hasta la trama nerviosa más específica.

Dado que el hecho químico más elemental es el dinamismo de los fermentos o enzimas, de provocar reacciones en cadena en los jugos tisulares, dando ocasión a una serie de sustancias con cantidades mínimas, los cuales son los determinantes primarios adecuados a la función nutritiva y regeneradora. En ese ámbito de simples reacciones por el que el mundo mineral pasa al orgánico y éste al organizado, tenemos que situarnos para una lógica inducción del mecanismo vital en su intrínseca especificidad energética y formal, por el cual la materia se ordena biótica-mente en series de complejos más nobles y jerarquizados, pasando desde el reino vegetal al animal por intermedio de los principios inmediatos. Las causas eficientes por las que los organismos se objetivan patológicamente, y que nosotros compendiamos en los tres grupos antedichos, las tenemos que referir a órdenes cuali-cuantitativos de un mecanismo común, el enzimático, por el momento, aunque sea de modo provisional hasta tanto la experiencia no nos diga lo contrario. Siendo la materia orgánica el lugar común del dinamismo vital, es en ella donde debemos poner nuestra mirada como un postulado *a priori* de posibles hipótesis y experiencias. Desde la célula sensibilizada pasajeramente, pasando por las reacciones inmunitarias, hasta llegar al desbordamiento neoplásico, lo sustantivo causal y primario presidirá siempre a lo adjetivo y derivado.

Por otro lado, si mentalmente pasamos desde este dinamismo original, cuyo comportamiento bioquímico referimos, a la elementalidad biorreguladora de las enzimas, y orientamos nuestras consideraciones a ese momento en que las células se constituyen ontogénicamente o en ser de vesícula germinal, podemos suponer que el dinamismo bioquímico enzimático puede ser normal o también alterado en sus condiciones elementales que sean causa de embriopatías con todas las formas teratológicas posibles como respuesta a una despolarización posible de los catalizadores genéticos. Todavía la bioquímica no ha penetrado en la fisiopatología de los cromosomas celulares, en ese delicado quimismo de la mecánica ovular por la que los genes masculinos y femeninos, de tanta universalidad cosmológica, se proyectan en futuro normal o patológico o, por decir mejor, teratológico, en ese momento decisivo en que la materia se somete a un plan ideal de finalidad en el cual debemos incluir las oscuras leyes de herencia con sus grados, modos y formas.

¿Podemos suponer que la realidad de la sexualidad en el universo con su paradigma disimétrico puede responder a una elementalidad bioquímica de tipo

enzimocatalítica? El hecho cierto y fundamental es que tanto la mono como la bisexualidad, es una entidad vital universal de envergadura cósmica, de tanta amplitud como lo es la actividad enzimocatalítica en los cuerpos orgánicos. La aceptamos en principio, hasta tanto la verificación no diga lo contrario, que el dinamismo bioquímico en sus fundamentos organizados es tan común como universal, y por serlo, es lógico que presida las leyes de la materia orgánica en sus series más elementales.

RESUMEN

Se consideran tres categorías nosopáticas como géneros morbosos que comprenden los cuadros clínicos más corrientes. Convencionalmente se admite un criterio de causalidad original bioquímica por la que los distintos procesos morbosos serían efecto de una específica manera de reaccionar las enzimas o fermentos ante agentes autoagresivos o héteroagresivos en todas las fases de la duración vital.

Dirección: General Franco, 66, pral. Zaragoza.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

RÁPIDA ANÁLISIS AUTOMÁTICO DE ORINA: INVESTIGACIÓN DE GLUCOSA

POR EL

DR. E. DANNENBERG

SANTIAGO DEL ESTERO (República Argentina)

MIENTRAS que en Estados Unidos hace tiempo productos comerciales se emplean en millones de casos para el análisis instantáneo de orina hecho por el médico mismo, por el enfermero y aun por el enfermo diabético, falta casi por completo esta atención en los países latinoamericanos y también en otros países que carecen de divisas para la importación o aún no han desarrollado su propia fabricación.

Las siguientes técnicas prescinden de productos comerciales y dan automáticamente resultados correctos cuali y aun cuantitativos. Se prestan asimismo para su presentación comercial, y nosotros en la Argentina vendemos Microlaboratorios para estas y otras investigaciones. Deseando contribuir al progreso sanitario, publicamos los detalles para uso casero o comercial.

Para la investigación de glucosa tenemos varios reactivos líquidos y sólidos a nuestra disposición y elegiremos según las necesidades.

Para el uso en masa se utilizará un reactivo de rápida reducción, pues así ahorramos mucho tiempo. No se empleará por esto el reactivo de Benedict, que requiere unos dos minutos de cocción, pero sí uno de los dos reactivos permanentes cuya fórmula damos más abajo.

El farmacéutico que quiere atender a un diabético rural utilizará el reactivo de Benedict, sea en líquido, sea en polvo. Un fabricante presentará el mismo reactivo en polvo o en tabletas. El resultado es igualmente bueno, pero para productos en polvo se necesita menos maquinaria. En la Argentina nuestros Microlaboratorios contienen el reactivo de Benedict en polvo.

Finalmente, pueden emplearse reactivos de reducción sin calentamiento exterior. Un exponente excelente de este tipo son las conocidas tabletas «Clinitest», de M.ª Ames compañía. Desgraciadamente, no se les puede importar en muchas partes por falta de divisas. El mismo resultado pueden obtener los lectores con los reactivos indicados aquí, sólo que en lugar de tabletas utilizamos productos que se obtienen en el comercio de casi todos los países.

Todos los productos aquí recomendados son de estabilidad absoluta, o, por lo menos, muy prolongada. No figura por esto el reactivo de Fehling, que se puede

considerar ya como anticuado. Interesante es que los reactivos cúprico-alcalinos dan la reacción del biuret, *excepción hecha del reactivo permanente a la trietanolamina.*

Para no repetir la descripción del cambio de color en los casos positivos, informamos que con todos los reactivos cúprico-alcalinos en presencia de glucosa el color cambia del azul al amarillo o anaranjado por la aparición de un precipitado de óxido cuproso. Con el reactivo de Benedict en presencia de cantidades menores del cinco por mil de glucosa el color es verde, pasando al amarillo con mayores cantidades de glucosa. De ahí la posibilidad de apreciar aproximadamente la cantidad de glucosa al utilizar este reactivo. Sin embargo, cantidades mayores del uno por cien, o sea, del diez por mil, ya no pueden distinguirse por este simple procedimiento. Con reactivos bismúticos el cambio de color es del incoloro al negro, sin que se puedan hacer deducciones cuantitativas de la intensidad del color negro.

Como nuestros reactivos no se deterioran con el tiempo, son muy económicos y no haría falta ahorrar utilizando pequeñas cantidades. Sin embargo, es evidente que se tarda más en calentar cinco centímetros cúbicos de líquido que sólo uno, y por esto recomendamos no pasar nunca de los dos centímetros cúbicos de reactivo, a los que se agrega de 0'10 a 0'20 centímetros cúbicos de orina. Nosotros trabajamos con tubos del tipo Kahn de doce milímetros de diámetro, pero los colegas prefieren tubos más anchos, o sea, de catorce a dieciséis milímetros.

Técnica para uso de hospitales

Se utilizará uno de los siguientes reactivos:

a) Reactivo permanente que al cabo de un año no muestra signos de deterioro.

Sulfato de cobre cristalizado	17'3	gramos
Trietanolamina comercial	50	c. c.
Sosa cáustica	50	gramos
Agua c. s. p.	1.000	c. c.

b) Reactivo que al cabo de un año demuestra una precipitación parcial de óxido cuproso, pero aun así sirve para investigación cualitativa.

Sulfato de cobre cristalizado	17'3	gramos
Glicerina	50	c. c.
Sosa cáustica	50	gramos
Agua c. s. p.	1.000	c. c.

Al calentar dos centímetros cúbicos de estos reactivos con 0'10 a 0'20 centímetros cúbicos de orina la reducción es instantánea, lo que abrevia considerablemente el trabajo.

Técnica para farmacias que deseen vender un producto estable al cliente o hacer de vez en cuando análisis

Se utiliza el reactivo de Benedict:

Sulfato de cobre cristalizado	17'3	gramos
Carbonato de sodio seco	100	gramos
Citrato de sodio cristalizado	173	gramos
Agua c. s. p.	1.000	c. c.

Al hervir dos centímetros cúbicos del reactivo con 0'2 centímetros cúbicos de orina hay que mantener la ebullición unos dos minutos, perdiendo así tiempo. Para análisis aislados esto no tiene importancia. Otro inconveniente es que el líquido caliente, frecuentemente salta por retraso en la ebullición y esto puede ser molesto. Como hemos dicho, pequeñas cantidades de glucosa dan color verde con este reactivo.

Técnica para fabricación de Microlaboratorios con reactivos secos

Se utilizan los mismos ingredientes del reactivo de Benedict, pero se suprime la disolución en agua, presentando la mezcla de los tres componentes secos en un tubito, del cual, para cada análisis, se separa de 0'10 a 0'30 gramos que se trasvasan a un tubito Pyrex con agarradera de goma; se cubre con el triple volumen de orina y se calienta. Para calentar se puede emplear un algodón embebido con alcohol o una pizca de hezametilentetramina en polvo sobre una tapa Corona de Coca-Cola o, finalmente, se puede calentar químicamente, como describimos más abajo. Este reactivo se presta para crear atención analítica en ausencia de laboratorios en salas de primeros auxilios, en buques de pasajeros, en la casa del diabético, en el ejército, etc. Trescientos gramos del reactivo seco alcanzan para mil a tres mil análisis, espaciados por el tiempo que se quiera.

Técnica para investigación de glucosa sin calentamiento exterior

Como todos los reactivos secos aquí descritos no se deterioran, podemos utilizar, a gusto, uno de los tres.

1)	A)	Sulfato de cobre cristalizado . .	Una a dos partes.
		Acido tartárico	Diez partes.
2)	A)	Sulfato de cobre cristalizado . .	Una a dos partes.
		Acido cítrico	Diez partes.
3)	A)	Subnitrato de bismuto	Una parte.
		Acido tartárico	Diez partes.

Por separado de estos polvos, que se pueden colocar en un frasquito, conservamos otro frasquito con sosa cáustica en pellets, o sea, pequeñas lentejuelas. El conjunto se compone entonces por el frasquito A, de cualquiera de los tres reactivos, con el frasquito B, con lentejuelas de sosa cáustica.

Se pone en un tubo de ensayo de unos 14 a 16 mm. de ancho y de preferencia con paredes delgadas: cinco lentejuelas de sosa cáustica B; unos 0'3 gramos del reactivo A, y se cubre con un centímetro cúbico de orina, mezclando bien.

Al cabo de un minuto la mezcla empieza a calentarse fuertemente y entra en ebullición cambiando el color al amarillo, en presencia de glucosa, con los reactivos cúpricos 1 y 2 y al negro con el reactivo bismútico. Si no se llegara a ebullición hay que hacer otro ensayo con una lentejuela más de álcali o algo más de la mezcla ácida. Después de dos ensayos ya se sabe cuánto hay que emplear de los ingredientes. Se observará que empleando la fórmula primera se trabaja en realidad con el reactivo de Fehling, con la fórmula segunda se utilizó el reactivo de Benedict, y con la tercera el de Nylander. Aquí el reactivo de Fehling ya es permanente, pues se le agrega el álcali en el momento del uso. El reactivo

de Nylander es permanente ya de por sí, pues tenemos una muestra en observación ya durante quince años y aún está tan bien como el primer día.

La calefacción a expensas del calor de neutralización del ácido cítrico o tartárico con la sosa cáustica, naturalmente, es algo más costosa, pero es muy cómoda, siempre que se conserven los pellets al abrigo de la humedad. Se utilizará esta técnica de equipos para el médico rural que desea llevar un mínimo para investigaciones al lado del lecho del enfermo, pero también para uso de Microlaboratorios para el diabético mismo.

RESUMEN

Describe las técnicas para análisis instantáneos de determinación de glucosa en orina, lo cual permite su fácil empleo en el medio rural o en lugares donde no se disponga de analistas o de laboratorios bien instalados.

Dirección: 24 de septiembre, núm. 382. Santiago del Estero (Rep. Argentina).



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

LIBROS

AUTORES NACIONALES

ELEMENTOS DE OFTALMOLOGÍA, *por el doctor profesor* J. PÉREZ LLORCA. *Un volumen (15 por 22 cm.) de 338 páginas, con 120 figuras en negro y color; encuadernación en tela. Precio: 250 pesetas. Editorial Alhambra. Madrid, 1960.*

CLARIDAD, brevedad y concisión: en estas tres premisas puede condensarse el mejor elogio de este excelente manual. Facilitar a los estudiantes el conocimiento más indispensable de una especialidad que probablemente no van a cultivar nunca, y que, por consiguiente, si se les pone en las manos un libro denso de la misma, no lo mirarán siquiera. No es este el caso, ni mucho menos, con la obrita que tenemos a la vista, basta simplemente echarle una ojeada, una lectura, para enterarnos de lo justo, de lo preciso; en ella no sobra nada, ni tampoco nada falta. Toda la sustancia, la auténtica «miga» de la especialidad, la tenemos tersamente expresada en este manual.

En cuanto al plan, o índice, es semejante al de todos estos tratados; por ello, no vamos a pormenorizarlo. Pero sí agregaremos que las más recientes teorías y tendencias (desprendimiento de retina, catarata, glaucoma, estrabismos, etc.) se hallan, como cabe a la finalidad de este manual, adecuada y resumidamente referidos.

En suma, un librito que no dudamos alcanzará la difusión que se merece en las aulas de la especialidad, y para documentar a los estudiantes gratamente en la disciplina mencionada. La presentación, irreprochable. —A. FACI MUÑOZ.

RECUERDOS DE UN MÉDICO NAVARRO, *por el doctor* SIMÓN BLASCO SALAS. *Un vol. (12'5 por 19'5 cm.) de 221 páginas, ilustrado con fotografías; rústica. Editorial Gómez. Pamplona, 1960.*

EN este volumen el doctor Blasco Salas, prestigioso médico navarro ejerciente en Estella, nos ofrece una serie de evocaciones que reflejan más de medio siglo de vida médica y social española.

Desde los datos iniciales y autobiográficos, a los del ambiente social, político y científico de ciudades y regiones españolas, principalmente de Zaragoza y Pamplona, va refiriendo, con estilo sencillo y espontáneo, hechos y sucesos vividos, demostrando cómo la actividad profesional ha ido desenvolviéndose ante las influencias del ambiente y de la política sanitaria.

Estos «Recuerdos» son prueba fehaciente de cómo el alma de un médico, sensible y cultivado, puede dar lugar a un relato interesante, lleno de episodios de una vida activísima en defensa de los intereses profesionales, y constituir, a la vez, un reflejo del ambiente y de la sociedad española en estos primeros cincuenta años del siglo, constituyendo un documento notable en muchos aspectos, por su visión, amplia y sincera, acerca de los hombres, hechos, acontecimientos episódicos, impresiones y detalles, que van acumulándose y con los que el lector queda ya familiarizado.

Su publicación es un ejemplo que debería difundirse.—RICARDO HORNO LIRIA.

MEDICINA LABORAL. *Publicaciones del Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Serie Legislación. Un volumen (16 por 20 cm.) de 103 páginas; rústica. Precio: 20 pesetas. 1960. Madrid.*

SIGUIENDO la norma de recopilación de las disposiciones legislativas, por ramas, de los Seguros Sociales Obligatorios, Especiales y Voluntarios, el Instituto Nacional de Previsión ha recogido, en un volumen de ciento cuatro páginas, cuantas disposiciones oficiales regulan el régimen de seguridad e higiene de los trabajadores del medio laboral, con un índice sistemático que facilita cualquier consulta relacionada con la medicina de empresa. Es en extremo interesante para médicos, no ya sólo para los de empresas, sino para cuantos estén relacionados con compañías aseguradoras, para abogados y directores de empresas.—A.

AUTORES EXTRANJEROS

TRAITEMENTS DES CANCERS. DIRECTIVES MEDICO-CHIRURGICALES. *(Tratamiento de los cánceres. Directrices médico-quirúrgicas.) Trabajo del Instituto Gustave-Roussy. Un vol. (15'5 por 24 cm.) de 384 páginas; rústica. Precio: 50 N. F. Gastón Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París, VI. 1960.*

EL concepto de tratamiento de los cánceres está todavía fundamentado actualmente en la noción del paso sucesivo por tres fases o etapas: local, ganglionar y de generalización. De aquí la utilidad de poder anticipar el momento del tratamiento, con el fin de alcanzarlo antes de que desborde la fase de limitación y adquiera una extensión peligrosa.

En el momento actual, los enfermos se examinan cada vez más cerca de su primera manifestación clínica. La terapéutica ha visto así ampliar considerablemente su acción; sin embargo, la calidad media de los resultados obtenidos no ha mejorado en la proporción esperada, y por esto es preciso revisar los datos clínicos.

Recuerda el libro que la enfermedad cancerosa pasa por una primera fase de *precancerosa biológica*, en la que no es posible prever el desarrollo próximo de una lesión maligna, si bien algunas investigaciones experimentales permiten pensar que existen ya modificaciones biológicas.

Una segunda fase corresponde al *precáncer morfológico*, en el que se manifestarían modificaciones celulares que pueden (aunque no lo hagan necesariamente) evolucionar hacia una lesión evolutiva maligna.

La fase siguiente es la del *cáncer preclínico*, caracterizada por las lesiones malignas pre-evolutivas, pero cuyas débiles manifestaciones no atraen aún la atención del enfermo portador de las mismas.

Finalmente, en la última fase, el *cáncer* surge, se manifiesta; desgraciadamente, esta última fase es de corta duración, en contraposición al conjunto de los otros dos períodos silenciosos anteriores.

Cuando la enfermedad se manifiesta, han ocurrido ya muchas cosas a consecuencia de las relaciones entre portador o huésped y tumor. Estas circunstancias determinan las probabilidades evolutivas de la enfermedad, que podrá ser: una forma loco-regional *no linfófila*, o con tendencia loco-regional *linfófila*, o bien, en una tercera categoría, una forma *difusa*.

Estas nuevas nociones han influido en los conceptos terapéuticos actuales. La cirugía y las radiaciones deben curar las formas loco-regionales, y deben emplearse en las formas linfófilas antes de que adquieran una extensión importante, pero no nos permiten actuar en las formas difusas.

Es, pues, de una importancia capital conocer lo más pronto posible la categoría a la que cada cáncer pertenece, y ya no es posible considerar al cáncer como una entidad global a la cual se adapte un tratamiento unívoco, que ensaye el realizarlo cada vez más pronto y cada vez más amplio.

Con una finalidad de utilidad práctica, esta obra trata, después de una muy interesante introducción sobre la historia natural del cáncer y sobre sus posibilidades de diagnóstico precoz, de las probabilidades de acción terapéutica y del papel e indicaciones de la cirugía.

El problema de la utilización de las radiaciones es tratado en su aspecto teórico y didáctico, señalando el papel de las radiaciones sobre los tejidos en general, las técnicas y su empleo, terminando con las indicaciones prácticas.

Un importante capítulo va dedicado al aspecto médico del tratamiento; es decir, no solamente al empleo de los diferentes productos químicos sucesivamente reseñados, sino también a la quimioterapia y a los antibióticos. Las indicaciones terapéuticas están expuestas, punto por punto, según las diferentes localizaciones. Algunos cuadros bien expuestos, orientan al lector a través de los diferentes problemas que el tratamiento anticanceroso plantea.

La impresión del libro es buena, y su lectura resulta agradable y fácil. — RICARDO HORNO LIRIA.

LA MENINGITE TUBERCULEUSE ET SON TRAITEMENT *(La meningitis tuberculosa y su tratamiento), por* JEAN FOUQUET. *Un vol. (15 por 24'5 cm.) de 236 páginas, con 33 figuras; rústica. Precio: 30 N. F. Gaston Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París, VI. 1960.*

NO podía faltar, en una colección monográfica tan bien dirigida por el profesor Turpin, de París, esta monografía dedicada al siempre palpitante problema de la meningitis tuberculosa.

A la experiencia sobre su tratamiento, tan exhaustiva y que tanto puede enseñar del doctor Fouquet, médico de la Salpetriere, que es uno de los más importantes centros de tisiología infantil, se une ese saber enseñar, tan perfectamente didáctico, por lo que más se hacen admirar todos los grandes clínicos del país vecino.

La amenidad y el buen sentido artístico de este saber hacer un verdadero arte del hermoso arte de ser médico, se une a una clínica seria y muy inteligente, que admira.

La edición de G. Doin tiene el buen papel y la clara impresión de todas estas monografías, con treinta y tres magníficas figuras en el texto.

La extensa bibliografía y el correcto índice alfabético completan la perfecta presentación de esta interesante monografía.

Empieza el libro con el estudio etiológico de la meningitis tuberculosa.

Continúa con el estudio clínico, las formas clínicas comprendiendo el capítulo de las reacciones meníngeas discretas, de las meningitis tuberculosa de los lactantes y de las formas según las condiciones de aparición.

El capítulo cuarto se ocupa de la meningitis tuberculosa y miliaria; el quinto, del diagnóstico (reacciones tuberculínicas, radiografía pulmonar, examen oftalmológico, punción lumbar y estudio electroencefalográfico). Viene a continuación el estupendo capítulo de los diagnósticos diferenciales. El séptimo capítulo está dedicado a las lesiones anatómicas, y a partir del octavo capítulo empieza la parte de la terapéutica de la meningitis tuberculosa en todas las formas clínicas que se describen.

Sabido es que si la estreptomicina abrió la esperanza para este fatal proceso, fue la isoniazida la que perfeccionó el tratamiento y gracias a la cual los pronósticos tuvieron un alza de mejoría digna de la mejor y más estupenda atención. Actualmente, los corticosteroides son otro escalón más que subir para llegar a la cumbre del mejor pronóstico en esta terapéutica.

Tampoco se olvidan en esta completa monografía las formas complicadas del proceso, las recaídas, las secuelas y, por último, el pronóstico, gracias a Dios cada día más favorable.

Recoger las experiencias de Fouquet en esta monografía nos reconforta y nos hace pasar un buen rato a los que todavía vivimos la tragedia cruel de la época preestreptomicínica, y nos consuela el comprender hasta dónde ha llegado en su perfección el tratamiento de un proceso tan infausto.

Todos los médicos y pediatras están en la obligación de refrescar sus conocimientos estudiando esta monografía o de aprender lo mucho que enseña la experiencia, cara al enfermo, de su autor, que es la que más puede enseñar. — A. MALLÓU LABRADOR.

OPHTALMOLOGIE. DIRECTIVES THERAPEUTIQUES MEDICO - CHIRURGICALES *(Oftalmología. Directrices terapéuticas médico-quirúrgicas), por los doctores* G. OFFRET y G. LOMBARD. *Un vol. (16 por 24 cm.) de 370 páginas; rústica. Precio: 3.750 francos. Gastos Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París. 1959.*

ENCUADRADO en una colección (Bibliotheque de Therapeutique Medicale), que persigue poner en manos del médico un instrumento consultivo esencialmente práctico, a modo de epítome, y que en el más inesperado momento pueda resolver breve y claramente la terapéutica a seguir.

La obra está sistematizada en cinco grandes grupos: terapéutica en función del síntoma, los agentes terapéuticos y su aplicación, las enfermedades oculares según su localización, indicaciones terapéuticas en el curso de las principales afecciones oculares y conducta terapéutica en los tumores oculares.

Puede verse fácilmente que dentro del marco de una exposición elemental que los autores se proponen, nada puede pasar omitido en ningún aspecto de cuanto a la terapéutica ocular se refiere. Indicaciones quirúrgicas, farmacológicas, de fisioterapia, modo de acción, empleo, dosis, etc., nada se echa al olvido.

Nos parece esta monografía un precioso auxiliar, por su rápido consejo y su certera indicación en el caso más inesperado que se pueda presentar. Su perfecta sistematización y clarísima prosa, así como su pulcra presentación, capta nuestra simpatía y cariño por él desde el primer momento. — A. FACI MUÑOZ.

L' ELECTRORETINOGRAPHIE DYNAMIQUE *(La electroretinografía dinámica en oftalmología), por el doctor* GAËTAN E. JAYLE, y TAOUL L. BOYER y RENÉ L. CAMO, *colaboradores. Un volumen (17 por 25 cm.) de 162 páginas, con 42 figuras y 7 láminas; en rústica. Precio: 26 N. F. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint-Germain. París. 1959.*

UN amplio campo para la investigación se abre con este nuevo método de exploración, todavía muy poco generalizado. Frente a la retinografía estática, la dinámica permite la obtención de respuestas polimorfas en diversas circunstancias de excitación o adaptación, permitiendo conocer el estado funcional del sistema fotópico y escotópico en distintos grados de su actividad.

La obra consta de cinco capítulos que condensan los resultados y consecuencias de las experiencias efectuadas por los autores,

exponiendo los problemas que también plantea la nueva técnica.

Comienza informándonos con carácter general sobre la electroretinografía normal y patológica. En el segundo se describe la técnica y manera de proceder, dificultades y forma de evitarlas. Y en los dos siguientes se presentan los resultados obtenidos en el sujeto normal y en el enfermo. El último, interesantísimo, nos entera de las relaciones entre la retina y la corteza cerebral desde el punto de vista electroretinográfico. Finalmente, una amplísima bibliografía, con un resumen de cada trabajo relacionado, confiere a este libro un valor realmente excepcional.

Es de confiar su universal aceptación en el mundo oftalmológico, por poner en nuestras manos y facilitar la divulgación de una de las más recientes técnicas exploratorias dentro de la especialidad, y aclarar, al mismo tiempo, el vínculo que la une a su hermana más cercana, la neurología.—A. FACI MUÑOZ.

FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE (*Formulario de terapéutica y farmacología. Antiguo formulario de Dujardin-Beaumetz*), *por* M. LOEPER y J. LESURE. *38 edición. Un volumen (10'5 por 16 cm.) de 1.425 páginas; encuadernado en cartón. G. Doin et Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeon. París, VI.*

EL mejor elogio de este excelente formulario, nos lo da la magnífica aceptación que ha tenido por numerosas generaciones de médicos y que le ha permitido alcanzar su treinta y ocho edición a los setenta y cinco años de su iniciación.

En este largo plazo de tiempo ha cambiado notablemente la medicina, y se han sucedido prestigiosos autores en la dirección de la edición, pero como el profesor Loeper señala en el prólogo, la distribución de la obra, su orientación e incluso su aspecto externo se ha mantenido fiel a la tradición de las primeras ediciones.

Podemos considerar a esta obra como modelo en su género, por su fácil manejo, la concisión y claridad con que se tratan todos los temas y el cuidado que se ha puesto en que no resulte defraudado en ningún momento el médico que acuda a consultar en ella cualquier problema diagnóstico y, especialmente, terapéutico.

La obra está dividida en tres partes. La primera estudia los agentes terapéuticos y biológicos de manera monográfica, describiendo en cada caso las propiedades farmacológicas, utilización, dosis, redacción de fórmulas magistrales, etc., yendo precedida esta parte de unas nociones elementales sobre el arte de recetar, normas de las recetas, tablas de dosis en diversas edades, dosis terapéutica y tóxica de sustancias venenosas, etc.

En capítulos sucesivos se estudian las aguas medicinales (con lista de los principales balnearios del mundo), la sueroterapia y vacunoterapia, las técnicas de transfusión y reanimación, los antibióticos, composición de alimentos y diferentes tipos de regímenes alimenticios, así como un capítulo muy completo en el que se estudian los tratamientos con agentes físicos, desde la mecanoterapia hasta los isótopos radiactivos, ultrasonidos, etcétera.

La segunda parte de la obra está consagrada al recordatorio diagnóstico y terapéutico de las diferentes enfermedades, siguiendo una ordenación por aparatos y en orden alfabético, lo que facilita considerablemente su manejo. Debemos señalar que en cada proceso recoge, de manera resumida, los síntomas fundamentales, las pruebas de diagnóstico y los tratamientos más útiles de manera sorprendentemente amplia dentro de la concisión del lenguaje. Los autores han llevado a cabo aquí una eficaz labor de selección que ha dado magníficos resultados.

Por último, recoge la tercera parte del libro, un verdadero manual de técnicas analíticas. Se dan las normas para la recogida de muestras de sangre, orina, heces, etcétera, para las diferentes determinaciones, y a continuación se estudian detalladamente las técnicas utilizables (material necesario, preparación de reactivos, técnica de las determinaciones, valoración de los resultados, etc.), completando esta parte un amplio estudio de diversas pruebas funcionales.

Toda la obra está pensada con la intención de ser útil al médico que la consulte, y creemos que ha logrado plenamente su propósito.

Para los médicos de habla española que traduzcan el francés es muy asequible, e incluso en la parte de terapéutica no constituye obstáculo la diferencia de idioma, pues la nomenclatura farmacológica es muy parecida, e incluso muchos nombres de específicos son idénticos a los manejados en nuestro país. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PRATIQUE OBSTÉTRICALE, *por el profesor* M. LACOMME. *Dos volúmenes (15'5 por 24 cm.) con un total de 1.720 páginas, con 305 figuras y 4 láminas en colores; encuadernación en tela. Precio: 230 N. F. Masson et Cie., Edieurs. 120, Boulevard Saint Germain, París VI. 1960.*

LA acreditada firma edtorial francesa Masson et Cie., acaba de lanzar, admirablemente impresa y sobriamente presentada, la obra que sobre *Práctica Obstétrica* ha escrito el profesor Lacomme, de la Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de París.

Esta obra, no obstante su extensión de casi dos millares de páginsa, es completamente *personal*. Su unidad en todo el conjunto es perfectamente homogénea y un reflejo de la enseñanza clínica diaria de su autor, que ha sabido adoptar ese tono a la vez personal y familiar, tan apto para dar viveza a la exposición y para lograr el contacto con el lector. Precisamente ese tono —tan poco habitual en esta clase de obras— es el que permite esa sorprendente y fácil lectura, de modo que las nociones y materias más arduas se desmenuzan progresivamente con notable sencillez y se asimilan casi sin esfuerzo.

Es una obra que responde a las necesidades prácticas del tocólogo o del futuro médica, que tienen el legítimo deseo de ser seriamente informados, pero no sólo con ciencia pura, sino dándoles con la suficiente profundidad los problemas del ejercicio diario y más sucintamente, pero con precisión, los demás. El autor ha sabido añadir a las reglas de la práctica las nociones fisiológicas, simples pero suficientemente expuestas, que las explican y justifican.

Una de las necesidades esenciales de la práctica es el buen conocimiento del embarazo normal. No solamente un conocimiento clínico, sino también biológico, que permita abordar en forma útil los difíciles problemas de las desviaciones patológicas de la gestación: interrupción por aborto o muerte fetal, prolongación que termine con un parto retardado, evoluciones alteradas que den lugar al nacimiento de seres distróficos o mal formados, o evoluciones complicadas finalmente por un síndrome médico-quirúrgico cualquiera.

Por eso, la gran distocia y las técnicas de extracción tienen, sin duda, su importancia, y también aquí se les da, pero concediéndosela aún mayor, a los partos de la práctica ordinaria. De aquí que, en la primera parte, el autor desmenuce el mecanismo, a fin de hacerlo comprender mejor en su funcionamiento y sentar las bases para una conducta lógica, tanto en el curso normal como en aquellas otras formas más o menos desviadas de aquélla.

Así, para estudiar la clínica del trabajo, describe: el diagnóstico, la evolución, con sus formas clínicas diversas, según la calidad de las contracciones (hipokinética, hiperkinética, espasmódica) y seguir las diversas actitudes de la cabeza (O. I. I. A., O. I. D. P., etc.). La conducta a seguir es objeto, a continuación, de amplias explicaciones: conducta tradicional, dirección por los métodos psicoprofilácticos, dirección por métodos obstétrico-medicamentosos, analgesia, etc., todo ello ilustrado con diagramas, figuras y ejemplos, en los cuales se discuten de manera concreta las indicaciones de intervención y las modalidades del parto dirigido.

La atención al recién nacido es destacada de manera esencial en muchas de estas páginas. Independientemente de los cuidados que se prodiguen a la madre para la buena marcha del puerperio y de su función genital, el tocólogo debe vigilar al niño, que es el resultado de su intervención, y esto siempre en colaboración estrecha con el pediatra.

Aunque el libro se mantenga orientado hacia la clínica diaria, no deja por eso de dar los detalles suficientes sobre diversos problemas que están a la orden del día y cuyo estudio se halla disperso en artículos de revistas o en libros de actas de los Congresos. Por ejemplo, da una amplia información sobre la enfermedad hemolítica por incompatibilidad sanguínea, sobre los abortos repetidos por insuficiencia ístmico-cervical, sobre las sinequias uterinas, etc.

También el aspecto social está muy actualizado; un capítulo importante, que sirve de conclusión a esta obra, permite formarse una clara idea de los grandes progresos conseguidos en estas últimas decenas de años, tanto en lo que se refiere a la seguridad de las madres, como a la prevención de la mortalidad fetal neonatal.

Pero, sobre todo, el libro está impregnado de la idea de que la práctica, el ejercicio, es *un acto*; un acto personal, que implica una decisión que no puede nunca encerrarse en unas rígidas reglas y consejos valederos para todas las pacientes y para todos los médicos. Este es uno de los métodos esenciales de la obra de Lacomme, el mostrar cómo se presentan los problemas, el hacer vivir las dudas de un diagnóstico o de una decisión terapéutica difícil, y el de proponer siempre la solución más indicada para el mismo, de acuerdo con la fisiología y con la clínica, confrontadas con las posibilidades materiales y morales de las circunstancias.

En resumen, es una obra que hace honor a las ya clásicas de la Obstetricia francesa. RICARDO HORNO LIRIA.

COLPOSCOPIE, *por* JULES BRET y FERNAND COUPEZ. *Un vol. (17 por 24'5 cm.) de 270 páginas, con 121 figuras y 2 láminas en color; rústica. Precio: 45 N. F. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain, París VI. 1960.*

LA Colposcopia no ha alcanzado todavía en nuestro país el lugar que merece entre los medios eficaces de lucha contra el cáncer del cuello uterino. Creada en Alemania por Hinselmann, es todavía un método de explo-

ración realizado preferentemente por los ginecólogos de habla germánica.

La ausencia de obras concebidas y escritas para países de habla latina, no cabe duda que ha constituído un obstáculo para la difusión de este procedimiento exploratorio. Con el presente libro, los autores nos ofrecen, no un atlas, sino una obra cuyo texto permite comprender la génesis de los aspectos observados en las superficies cervicales.

Gracias al conocimiento de estas últimas, el clínico puede reconocer dos clases de lesiones particularmente interesantes: unas, invisibles a simple vista, que representan ya un estadio preclínico del cáncer y que motivarán una biopsia en el punto exacto; otras, visibles o invisibles al examen con el espéculo, que podrán indentificarse directamente ahorrando los exámenes microscópicos complementarios. Esta es una de las mayores ventajas de la colposcopia, la de permitir ampliamente la búsqueda fácil de lesiones precancerosas y la de permitir el diagnóstico inmediato de los estados inflamatorios, distróficos y cicatrizales benignos, citológicamente silenciosos; con lo que, gracias a su tratamiento precoz, se evitará a menudo el desarrollo de complicaciones infecciosas secundarias, llevando así a cabo la profilaxia más eficaz del carcinoma cervical.

En su exposición, los autores se han esforzado en recurrir a una terminología adaptada a los ginecólogos latinos y también de definir algunos aspectos que pueden aislarse de conceptos demasiado generales dificultando la precisión del diagnóstico.

El plan seguido por ellos es: manual operatorio, técnica fotográfica, descripción de las imágenes observadas según un grado creciente. Así se describen los procesos inflamatorios, los aspectos distróficos benignos, la cicatrización espontánea de estos últimos en sus modalidades y secuelas, la cicatrización atípica y su evolución, y, finalmente, las lesiones sospechosas. En cada capítulo se han añadido las nociones histológicas indispensables para la mejor comprensión de los aspectos visuales.

«Es un acontecimiento feliz —dice en su prólogo el profesor Funck-Brentano— que el ojo del colposcopista haya sido a la vez el de un tocólogo.» En efecto, durante el embarazo y en el puerperio, se asiste a una extraordinaria aceleración de la cinética cicatrizal normal o anormal, que permite comprender mejor el nacimiento, organización y evolución de todas las atipias epiteliales del cuello uterino. El capítulo dedicado a esta fase de la vida genital comprende, por tanto, el estudio de las reacciones fisiológicas normales, el del nacimiento de las epidermizaciones atípicas, y el comportamiento de las displasias anteriores al embarazo, examinando las consecuencias evolutivas o regresivas de este estado en aspectos histológicos variados que van desde la atipia simple al epitelioma «in situ». Finalmente, el aspecto colposcópico de las deciduosis demuestra y confirma el interés de esta técnica de explocaón practicada durante la gestación.

Otros capítulos están dedicados al examen durante la pubertad, durante la menopausia, en los postoperatorios y también al examen de la vagina. En todos ellos, la ilustración que acompaña al texto está repartida según las necesidades del mismo y basada únicamente en documentos fotográficos originales.

Esta obra, que constituye el primer libro francés de colposcopia, será sumamente útil para todos los especialistas, ginecólogos, cancerólogos y también para los estudiantes que se forman en la especialidad y que estén deseosos de familiarizarse con un método de exploración que se ha hecho hoy indispensable para todos cuantos se interesan por la patología del cuello uterino, desde sus aspectos más banales, hasta el cáncer confirmado.

La presentación es lujosa, elegante y bien impresa en excelente papel couché. Un éxito más de los muchos de esta clásica firma editora.—RICARDO HORNO LIRIA.

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA RATE (Tratamiento de las enfermedades del bazo), *por el doctor* JEAN OLMER, *con la colaboración de los doctores* M. MONGIN, P, CASANOVA, R. MURATORE *e* Y. CARCASONNE. *Un vol. (15'5 por 24'5 cm.) de 195 páginas, con 18 figuras en el texto; rústica. Precio: 34 N. F. G. Doin & Cie., Editeurs. 8, Place de l'Odeón, París VI. Año 1960.*

Los procesos esplénicos no son hallazgos frecuentes en la clínica diaria del médico general. Parecerá, por tanto, de poco interés, para muchos, la posesión de una obra dedicada a su terapéutica.

Sin embargo, cuando en la exploración sistemática del enfermo el internista palpa una tumoración en hipocondrio izquierdo, con las características de una esplenomegalia, y el proceso en el que ese bazo se inserta no es de los que aquél está habituado a tratar, la reacción de alerta es pronta y viva, y entonces, ¿qué no daría por tener a mano una monografía en la que encontrar rápidamente la acertada dirección diagnóstica y terapéutica?

Esta del doctor Olmer y colaboradores es una de las más útiles, pues aunque su título alude tan sólo a cuestiones de tratamiento, en realidad da mucho más de lo que ofrece, pues cada capítulo va precedido de un estudio breve sobre la etiopatogenia y clínica de las diversas esplenopatías, que no por su concisión es menos valioso, ya que está redactado por quienes, por conocer muy bien, son capaces de sintetizar bien.

Iníciase este pequeño volumen con unos comentarios sobre histo-fisiología y exploración del bazo, que preparan para la comprensión de las reacciones esplénicas que surgen por motivos infecciosos, parasitarios, tumorales, por atesoramiento o sobrecarga o en el curso de enfermedades hemáticas reticulohistiocitarias o vasculares.

Los dramáticos conflictos provocados por la rotura del órgano o por torsión de su pedículo son tratados a continuación.

Y termina con un capítulo en el que, de especial manera, se estudian las indicaciones ciertas, posibles o excepcionales de la esplenectomía, así como las contraindicaciones y las consecuencias postoperatorias.

La presentación de la obra es la habitual en los volúmenes de la «Biblioteca de Terapéutica Médica» del profesor Turpin, muy conocida y apreciada por los profesionales españoles.—JESÚS SARDAÑA.

LE SINDROME NEUROPSICHIQUE DA CARENZA ALIMENTARE *(Los síndromes neuropsíquicos por carencia alimenticia), por* G. PINTUS, A. MURATORIO y A. GIANNINI. *Un volumen (17 por 25 cm.) de 289 páginas; en rústica. Edizioni «Omnia Medica». Via San Michele degli Scalzi,, Pisa. 1959.*

A pesar de que el nivel de vida de la población mundial tiende a mejorar desde hace varios lustros, no por ello dejan de tener importancia y volumen clínico las enfermedades por hipoalimentación. Los autores aportan a este tema un interesante y bien documentado trabajo, rico en bibliografía y en observaciones clínicas, procedentes de tres fuentes principales: 1) países todavía poco desarrollados, con su población deficientemente alimentada; 2) casos observados con motivo de las últimas guerras, española y mundial; 3) los enfermos esporádicos, que presentan síndromes carenciales como consecuencia de afecciones digestivas o de otra índole.

El estudio del tema es muy complejo. Los autores hacen un resumen del papel de las diferentes vitaminas en el metabolismo del sistema nervioso, aludiendo después a los llamados «factores antivitamínicos», bastante bien conocidos en la actualidad. Hay también un extenso capítulo dedicado a la avitaminosis experimental, referido a los distintos componentes del complejo B. El resto de la obra contiene la descripción de los múltiples cuadros que la clínica humana comprende actualmente, bajo el dictado común de síndromes neuropsíquicos carenciales, la cual está hecha de un modo muy completo y con excelente información, no faltando, naturalmente, varias citas de las aportaciones magistrales, y en muchos aspectos geniales, de nuestros compatriotas Llopis y M. Peraita.—REY ARDID.

«BOLLETTINO DELLA SOCIETA MEDICO CHIRURGICA BRESCIANA». *Volumen XII. Un tomo (21 por 17 cm.) de 113 páginas. Brescia, 1960.*

Se presenta este número magníficamente impreso en papel couché, complementándose todos los artículos con profusión de fotografías, esquemas, gráficos, radiografías, etcétera, que, en un total de ciento trece, hacen su estudio más sencillo y didáctico.

Está este número dedicado a la memoria de los profesores Giovanni Paltrinieri, Gian Carlo Perachia y Augusto Pellegrini, eminente radiólogo el primero y famosos cirujanos los segundos. En su memoria escriben diversos artículos sus alumnos y amigos, glosando en diversos términos tanto sus vidas como sus obras, obteniéndose, en consecuencia, la visión de sus tres vidas dedicadas por completo a la práctica clínica y a la investigación, llenas de ejemplo y dignas de emulación. Sucintamente se hace un resumen de la labor científica de todos ellos.

Comienza la parte científica de este número con un interesante artículo de L. Salvani y G. Collo, referente al estudio angiográfico de las varices. Como ya expresan los autores, se trata de una simple revisión de estas situaciones para deducir una distinta determinación terapéutica. Mediante este estudio angiográfico, hacen una clasificación en:

1.º Varices sintomáticas por agenesia de los troncos venosos profundos.

2.º Varices consecutivas a fístula arteriovenosa.

3.º Angiomatosis varicosa subcutánea aislada.

A juicio de los autores son susceptibles de tratamiento quirúrgico la angiomatosis varicosa subcutánea aislada, mientras que en las otras no existe posibilidad de éxito, bien por las complicaciones o bien por el hecho de representar el sistema superficial, varicoso o no, un círculo vicariante de la grave insuficiencia de la circulación profunda. Es, por tanto, necesario, antes de decidirse a una terapéutica quirúrgica, tener un exacto conocimiento de la circulación arterial y ve-

nosa, superficial y profunda, mediante la ejecución de arterio y flebografías.

El profesor Salvini y el doctor Caldera describen a continuación, sobre una apreciación personal, los mecanismos patogénicos en la producción de los pseudoquistes de pulmón de naturaleza traumática; el intenso esfuerzo respiratorio, con la glotis cerrada junto al trauma torácico que supone el aplastamiento, verificados sobre un terreno predispuesto, producen una lesión del parénquima con extravasación sanguínea en alvéolos y pequeños bronquios que, con el acúmulo de aire, origina el pseudoquiste.

Después de dar algunos conceptos físicos y fisicobiológicos, P. Caggioli pasa revista de las diversas formas neoplásicas tratadas con la telecobaltoterapia en dos años, principalmente tumores de pulmón, de esófago, de vejiga, de orofaringe y de útero. Subraya la óptima tolerancia por parte de los pacientes, aun en las dosis elevadas, el buen comportamiento de la crasis sanguínea y la ausencia de reacciones graves de la piel.

Caggioli, en otro artículo, hace referencia a las más modernas orientaciones etiopatogénicas y al cuadro clínico y anatomopatológico de la enfermedad de Duplay. A su modo de ver existen algunas fases en el proceso dismetabólico regresivo que condiciona la enfermedad: la aposición del líquido cálcico representaría el estadio terminal, la fenomenología dolorosa sería un estadio episódico agudo que podría sobreponerse en cualquiera de sus fases evolutivas.

P. Zanini y A. Marconi concluyen un interesante estudio sobre los traumatismos cerrados del abdomen, recordando los múltiples problemas que se ofrecen al cirujano frente a estas lesiones, que los autores juzgan entre los más arduos de toda cirugía de urgencia.

O. Zampori examina los resultados de setecientas veintiséis determinaciones del hematócrito, de la hemoglobina y de la proteinemia total obtenidos con el método gravimétrico en diversas enfermedades. El autor resalta la importancia de adjuntar a la determinación de los valores hemáticos, y en especial de la proteinemia total y de la hemoglobina, el valor hematocrito para obtener una inmediata valoración del estado hidrémico. Esta posibilidad es sencillísima con la técnica del sulfato de cobre.

Junto a estos artículos, otros sobre tesaurosis cálcica de algunos tumores, pneumocéfalo postraumático, cirugía de urgencia y reparadora en las lesiones de la mano, ectopia de la glándula tiroides, angiomas capilares de los músculos aductores, completan la sección doctrinal de este número.

Termina la publicación con un resumen de las actividades científicas llevadas a cabo por la Sociedad Bresciana.—ANTONIO ABEL RAMIRO GARCÍA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960

REVISTAS

NACIONALES

APARATO DIGESTIVO

DE MIGUEL, J. (Barcelona). — «ALGUNOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ÚLCERA GASTRODUODENAL.» «*Medicina Clínica*», *t. XXXVI, n.º 3, págs. 194-200, marzo 1960. Barcelona.*

EL trabajo finaliza con las siguientes conclusiones:

1.ª La gastrectomía sigue siendo considerada el método más apropiado para el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal.

2.ª Del estudio comparativo de dos series de operados se deduce, con respecto a la fase de reconstrucción:

a) La práctica sistemática de un Billroht 1 para la úlcera gástrica, precedida de una gastrectomía que, sin ser escasa, no tenga la habitual amplitud (con ello parecen armonizarse las dificultades inherentes a la presentación de la úlcera péptica y al «confort» postoperatorio).

b) Para la úlcera diodenal, Billroth II sistemático, subsiguiente a la amplia gastrectomía clásicamente aceptada.

3.ª La gastroyeyunostomía precólica con asa corta se ofrece más confortable que la retrocólica, especialmente cuando se complementa con el tiempo operatorio de «angulación del asa eferente».

4.ª El reflujo al asa aferente en los operados a lo Billroth II, no se considera responsable de los síntomas postgastrectomía, siendo, en cambio, el estasis en el citado asa una causa definitiva de su presentación.

En estos últimos años, las cifras de mortalidad operatoria no ha variado sensiblemente. No se pueden achacar los fracasos, en ninguno de los dos grupos, al método operatorio en sí, y demostrado está que cualquier procedimiento bien ejecutado no influye en los porcentajes de mortalidad.—AUTORRESUMEN.

DE OYA SALGUEIRO, J. C. — «ICTERICIAS CRÓNICAS NO HEMOLÍTICAS.» «*Rev. Clínica Española*», *14, 355, 1959. Madrid.*

DESDE 1907 sabemos, por Gilbert y colaboradores, que existe una ictericia crónica no hemolítica que cursa de un modo intermitente o continuo y que parece ser debida a un trastorno congénito y familiar. Estos sujetos colémicos fueron encasillados falsamente, por Fiessinger y por Walter, en el falaz capítulo de las «insuficiencias hepáticas» o «hepatismos», que tanta confusión ha ocasionado entre los médicos de la primera mitad de nuestro siglo.

La enfermedad de Gilbert afecta a los dos sexos, no tiene predilección racial, se transmite por herencia dominante y se presenta con mayor frecuencia en los adultos jóvenes, aun cuando puede aparecer en todas las edades. Evoluciona con ictericia de forma crónica, constante o por brotes intermitentes, con desaparición total de la pigmentación entre una y otra crisis. Los brotes ictéricos pueden ser relacionados con emociones, fatiga excesiva, infecciones intercurrentes, alteraciones gastrointestinales o excesos alcohólicos. Aparte de la ictericia, los enfermos solamente se quejan de astenia muscular, muy marcada durante las fases de agudización del proceso.

La bilirrubinemia de estos enfermos es, en su mayor parte, de reacción indirecta, mostrándose la bilirrubina directa en los límites de la normalidad, rara vez por encima de un miligramo por 100 c. c. Las pruebas de función hepática suelen ser normales, y las biopsias del hígado obtenidas por punción no revelan alteración alguna.

Tampoco hay signos de la existencia de una hiperhemólisis, no aparece un aumento de la urobilina urinaria ni se ven retículocitos en la sangre periférica, la medula ósea no refleja los signos de hiperplasia eritroblástica, los hematíes son normales y muestran una normal resistencia osmótica y las

pruebas de Coombs, directa e indirecta, son negativas.

La vieja prueba de la sobrecarga de bilirrubina evidencia un considerable retraso en la eliminación de este pigmento tras su inyección endovenosa.

Por consiguiente, la ictericia de estos pacientes no es debida a una afección hepatocelular, ni a una obstrucción de las vías biliares, ni a un proceso de hiperhemólisis.

Pero antes de hablar de la patogénesis de la enfermedad de Gilbert hemos de destacar la aparición, en los últimos años, de varias observaciones de ictericias crónicas no hemolíticas, continuas o en brotes, semejantes a las descritas por este autor, de las que solamente se diferencian por la existencia de un pigmento especial en las células hepáticas estudiadas por medio de biopsia; tal es la enfermedad de Dubin y Johnson, cuyo mecanismo de producción veremos es totalmente distinto del proceso a que nos estábamos refiriendo.

La enfermedad de Dubin y Johnson tiene un comienzo lento e insidioso, aun cuando a veces se presenta bruscamente, como consecuencia de cualquier «stress» (embarazos, infecciones, intervención quirúrgica, emociones). Cursa con astenia muscular, anorexia, náuseas y vómitos, a veces con pocos síntomas; en algunos casos, con un dolor persistente en el hipocondrio derecho.

Pero la hiperbilirrubinemia de estos enfermos es siempre de predominio directo, a diferencia de los pacientes estudiados por Gilbert, llegando a alcanzar el 60 ó 70 por ciento de la bilirrubina total de la sangre. Esta calidad de la bilirrubina sanguínea condiciona la existencia de pigmentos biliares en la orina.

La reacción de Huger es en estos pacientes fuertemente positiva, en oposición a las restantes pruebas de exploración funcional hepática, que suelen mostrar una negatividad. La colinesterasa, las fosfatasas, las proteínas plasmáticas, son generalmente normales.

La prueba de excreción de la bromosulfaleína es positiva en una gran parte de estos pacientes. La colecistografía suele ser negativa por su incapacidad de metabolizar la sustancia de contraste.

Es así la enfermedad de Dubin-Johnson una ictericia con bilirrubinemia directa, con capacidad para la eliminación de los colorantes y los contrastes radiológicos, a pesar de no existir obstrucción de las vías biliares intra o extrahepáticas.

En una laparoscopia, el hígado de estos enfermos muestra un particular color oscuro, negruzco, por el depósito de un pigmento en sus células parenquimatosas con disposición preferentemente centrolobular. Se desconoce todavía la identidad de esta sustancia, aun cuando se supone es una lipofucsina.

Vemos así que la diferencia fundamental entre estos dos procesos de aspecto clínico semejante reside fundamentalmente en la calidad de la bilirrubina retenida por la sangre. En la enfermedad de Gilbert hay una hiperbilirrubinemia indirecta; en la enfermedad de Dubin-Johnson este aumento de la bilirrubina sanguínea se hace a expensas de su fracción directa.

Recordemos que la bilirrubina indirecta es insoluble en el agua, por cuya causa no pasa jamás a la orina emitida; tiene afinidad por el sistema nervioso central, y aumenta en las ictericias hemolíticas, mientras que la bilirrubina directa es hidrosoluble, por lo que se elimina por el riñón; no es absorbida jamás por los tejidos nerviosos y aumenta en las ictericias obstructivas.

La diferencia de propiedades químicas de ambas bilirrubinas ha dado lugar a numerosos trabajos en los últimos años, culminando en el descubrimiento de Cole, Lathe y Billings, de que la bilirrubina directa es el producto de la conjugación de la bilirrubina indirecta con el ácido glucorónico.

La conjugación del ácido glucorónico con la bilirrubina se realiza merced a la acción de un fermento, la glucoronil-transferasa, encontrado por Lathe en las mitocondrias de las células hepáticas. Esta «directización» de la bilirrubina, que produce la llamada «bilirrubina conjugada», dota a este pigmento de sus propiedades de eliminarse con la bilis, aparecer en la orina si su nivel sanguíneo se eleva demasiado, y dar la reacción directa con el reactivo de Van den Bergh, sin necesidad de añadir el alcohol ácido para solubilizarla.

Recientemente, London y Arias han demostrado que en la enfermedad de Gilbert no existe la capacidad hepática de conjugar la bilirrubina indirecta por falta del fermento glucoronil-transferasa. Estos hígados, aparte de su incapacidad para la conjugación bilirrubínica, exhiben otras incapacidades para la detoxicación de diversas sustancias que precisan éste o parecidos fermentos; tales son los salicilatos y los córticoesteroides.

A la luz de estos nuevos conocimientos, la olvidada enfermedad de Gilbert se ha convertido en objeto de atención para interpretar algunos hechos clínicos de extraordinaria importancia. En primer término, para comprender la enfermedad descrita por Crigler, en 1952, con el nombred e «kernicterus», grave cuadro, casi siempre mortal, de ictericia en niños recién nacidos, con graves trastornos neurológicos. Esta enfermedad se transmite recesivamente y cursa con la existencia de una bilis sin pigmento alguno («bilis blanca»), con enorme aumento de la bilirrubinemia indirecta y graves lesiones del sistema nervioso central producidas por la afección de este sistema por la bilirrubina circulante con exceso (es sabido que la invasión bilirrubínica de las células nerviosas interfiere sus mecanismos de toma de oxígeno). Debe ser diagnosticada diferencialmente de la atresia de las vías biliares, en la cual la bilirrubina sanguínea es de predomiino directo.

Gunn y Maloy han podido estudiar en razas mutantes homozigóticas de ratas la incapacidad de eliminación de la bilirrubina indirecta inyectada en una vena periférica, y en posteriores experiencias, la capacidad normal de estos animales para la eliminación biliar de la bilirrubina conjugada. El hígado de estos animales, lo mismo que el de los enfermos estudiados por Gilbert y el de los niños que padecen kennicterus, tiene una ausancia total de glucuronil-transferasa y, por ello, un trastorno de la fase hepatocelular de conjugación de la bilirrubina, siendo normal la fase de eliminación de estas células.

Los pediatras saben muy bien que los recién nacidos tienen casi siempre una incapacidad para la eliminación de la bilirrubina, la cual debe ser atribuída a una inmaduración fisiológica de su sistema de conjugación del pigmento biliar. Esta es la causa de muchas ictericias del niño en los primeros días de su vida, ictericias que ceden en pocos días sin ningún tratamiento, al lograr el hígado su normal funcionamiento. La aparición de estas ictericias fisiológicas es, naturalmente, más frecuente en los prematuros. Hay que diferenciar estas ictericias de las que cursan con signos de hiperhemólisis en los niños de corta edad y son debidas a una eritroblastosis fetal.

La inmaduración del sistema fermentativo de los niños prematuros puede dar lugar a una ictericia de tal intensidad, que, aun cuando ésta sea fisiológica y expresión de una falta de desarrollo con esperanzas de solucionarse a medida que los días transcurren, dé lugar a una enorme impregnación de los centros nerviosos, que ocasiones una situación de peligro vital. Forfar aconseja en estos casos, cuando la bilirrubinemia indirecta llega por encima de los 30 miligramos por 100 c. c., las exanguinotransfusiones, para extraer en ellas la bilirrubina de la sangre y dar tiempo a que el hígado desarrolle su capacidad de conjugar la bilirrubina.

El problema biológico de la enfermedad de Dubin-Johnson es completamente diferente, pues, como hemos visto en estos nefermos, su capacidad de conjugar la bilirrubina es normal, y sus facultades hepatocelulares de excreción se muestran, en cambio, disminuídas o abolidas. La patogénesis de esta enfermedad es todavía oscura, incluyéndose por Popper en el grupo de las colestasis primarias intrahepáticas. Muchas formas de ictericia por la cloropromazina cursan sin alteracinó alguna de los colangiolos, y podrían ser, como en los enfermos de Dubin-Johnson, formas hepatocelulares de un fallo excretorio celular del pigmento conjugado biliar. Las ictericias por esteroides anabolizantes (metiltestosterona, noretandrolona) podrían corresponder asimismo a una inhibición temporal de los sistemas enzimáticos de la excreción hepática de la bilirrubina.

Terminamos repitiendo que la patogénesis de este segundo grupo de ictericias crónicas no hemolíticas es todavía oscura; pero hemos de convenir que lo que sabemos hoy de estos enfermos, los descritos por Gilbert hace medio siglo y los estudiados por Dubin y Johnson hace pocos años, constituye un interesante capítulo de la Medicina, que contiene, como dice De Oya en un reciente y documentado trabajo, «dos experiencias espontáneas de la naturaleza», que han abierto nuevas perspectivas en el conocimiento de la fisiología normal y patológica de la eliminación de los pigmentos biliares. — E. ARIAS VALLEJO.

ENDOCRINOLOGÍA

PLANAS GUASCH, J., y CAÑADELL, J. M. (Barcelona). — «EL SÍNDROME DE LA FEMINIZACIÓN TESTICULAR.» «*Medicina Clínica*», *t. XXXIV, n.º 4, págs. 264-274, abril de 1960. Barcelona.*

El síndrome de la feminización testicular se caracteriza por la morfología corporal externa de tipo femenino y la presencia de testículos en la cavidad pelviana, en la situación normal de los ovarios, o en los conductos inguinales. Al nacer, estos seudohermafroditas son considerados como niñas; la anomalía sexual se descubre casualmente, al ser sometidas a exploración ginecológica por su amenorrea primaria.

El diagnóstico clínico puede orientarse por el carácter familiar y hereditario, la falta o escasez de pelo púbico y axilar, la ausencia de cromocentros sexuales y una eliminación moderadamente elevada de gonadotrifina y estrógenos. La administración de gonadotrofina coriónica no modifica la eliminación de 17-cetosteroides; pero, en cambio, eleva notablemente los estrógenos urinarios.

Se conocen más de cien casos de feminización testicular. Es probable que esta anomalía sea muy frecuente entre las mujeres con amenorrea primaria refractaria a toda clase de tratamientos.

La conducta terapéutica ha de ser totalmente abstencionista, y el verdadero estado sexual de estos individuos debe mantenerse secreto. La extirpación de los testículos se

ha recomendado para evitar su transformación maligna o cuando por su situación inguinal causan molestias locales; después de la orquidectomía es necesario llevar a cabo un tratamiento estrogénico permanente para evitar la presentación de un síndrome climatérico.

Se describe ampliamente un caso de feminización testicular y se da breve noticia de otras dos observaciones personales insuficientemente estudiadas.—AUTORRESUMEN.

CAÑADELL, J. M. (Barcelona).—«ENFERMEDAD DE ADDISON. ADISSONISMO Y ANGIOHIPOTONÍA CONSTITUCIONAL.» *«Medicina Clínica», t. XXXVI, n.º 3, págs. 172-191, marzo 1960. Barcelona.*

ENTRE ciento veintiún pacientes sospechosos de insuficiencia adrenocortical, únicamente llegó a demostrarse la existencia de un estado de hipocorticalismo en treinta y dos casos. En veinticinco pacientes sólo existía un estado de angiohipotonía constitucional, mientras que en los sesenta y cuatro restantes la sintomatología dependía de procesos diversos y totalmente ajenos con el estado funcional de las suprarrenales.

El diagnóstico clínico del hipocorticalismo resulta confuso en buen número de casos en los que coincide la tríada sintomática característica de la enfermedad de Addison (astenia, hipotensión y melanodermia). En los casos dudosos se recomienda recurrir a la determinación de la excreción urinaria de 17-cetosteroides y de 117-hidroxicorticoides en condiciones basales y durante y después de la inyección de 80 mg. de ACTH-Zn durante dos días consecutivos. La determinación de la caída de los eosinófilos circulantes sólo tiene valor complementario.

Entre los treinta y dos casos de insuficiencia adrenocortical figuran veinticuatro casos de típica enfermedad de Addison, un caso de enfermedad de Addison «blanca», cinco casos de hipocorticalismo compensado, dos casos de hipopituitarismo y una paciente con síndrome de Schmidt; uno de los casos de hipocorticalismo compensado fue anteriormente estudiado con una típica enfermedad de Addison secundaria a suprarrenalectomía subtotal.

El tratamiento del hipocorticalismo debe llevarse a cabo con hidrocórticosona o cortisona, asociada a la desoxicortona.

El empleo de hormonas corticales en la angiohipotonía constitucional, aun cuando mejora subjetivamente a algunos enfermos, resulta inútil y, en algunos casos, provoca trastornos desagradables. En este grupo de pacientes se obtienen resultados siempre favorables mediante la administración de etil-adrianol (Efortil); los resultado de la medicación se afianzan con un examen clínico minucioso, las determinaciones hormonales y la consiguiente seguridad de que ninguna de las molestias que aquejan estos pacientes reviste gravedad y que sólo obedecen a pequeños disturbios funcionales.—AUTORRESUMEN.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

LÓPEZ TRIGO, E. T., y BOSCH CASAÑS, J. (Valencia). — «TRAUMATISMOS DEL HOMBRO.» *Tercera parte.* «PERIARTRITIS ESCÁPULO-HUMERAL.» *«Anales del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Dr. López Trigo», 2.ª época, tomo XIV, núm. 4, págs. 259-304, octubre-diciembre de 1959. Valencia.*

CON la misma sinceridad y discreción con que en números anteriores fue comentada la revisión de los traumatismos del hombro asistidos en el Servicio, se ocupan ahora los autores de comentar los casos de periartritis escápulo-humeral.

Suman cuatrocientos ocho los casos recogidos, después de rechazar por historias incompletas otros ciento catorce. Aceptan el criterio de dividir y considerar aisladamente los distintos procesos que habitualmente se engloban en la denominación de periartritis escápulo-humeral, pero sólo por mayor claridad y reconocimiento que en muchos casos no se pueden individualizar las lesiones.

Hacen un estudio bien sistematizado de conjunto del síndrome periartritis o enfermedad de Duplay, con exposición crítica de los tratamientos seguidos, preferentemente médicos, y resultados obtenidos. Y pasan luego al estudio individual de las distintas lesiones que suelen ser englobadas de modo indiscriminado en la periartritis, tales como ruptura del tendón del supraespinoso, bíceps y rotadores del hombro.

Finalmente, y por el doctor Armiñana, encargado del Servicio de Recuperación, se ocupan también de esta importante faceta del tratamiento de los traumatismos del hombro.—SERAL.

RODRÍGUEZ DE LA RÚA, A. (Oviedo).—«NUEVA TÉCNICA PARA LA REDUCCIÓN DE LAS FRACTURAS META-EPIFISARIAS.» *«Cirugía, Ginecología y Urología», vol. XIV, n.º 1, páginas 49-58, enero-febrero 1960. Madrid.*

ESTA técnica se dirige a las fracturas metafisarias y epifisarias, y se basa en el fisiologismo ósteoarticular y en el aprovechamiento de la acción de los ligamentos periarticulares. Sin actuar directamente en ningún caso sobre los fragmentos óseos, dice el autor

se logra fácilmente por movimientos fisiológicos la reposición de los fragmentos óseos. SERAL.

DERMATOLOGÍA

LENTINI MARRUGÁN, J. (Barcelona). — «ECZEMAS POR CONTACTO DURANTE EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES ANORRECTALES.» *«Medicina Clínica», t. XXXIV, n.º 4, págs. 239-243, abril 1960. Barcelona.*

EL autor revisa: clasificación, sintomatología, formas clínicas, patogenia, evolución y tratamiento de los eczemas por contacto de la región anorrectal, presentando una casuística de cuarenta y dos casos y un análisis de la literatura mundial a este respecto, concretando que debe desecharse el uso tópico de sulfamidas, penicilina, nitrofurazonas y anestésicos locales (en pomadas), y limitarse al de terramicina, aureomicina, neomicina y bacitracina, por este orden, para el tratamiento de las afecciones anorrectales, por el peligro que comportan de provocar eczemas por contacto, considerando las pomadas antibióticas de cloranfenicol las menos sensibilizantes.—AUTORRESUMEN.

PATOLOGÍA

BARCELÓ, P.; PUIG MUSET, P., y SANS SOLA, L. (Barcelona).—«EL PROBLEMA DE LA URICÓLISIS. NUEVO TRATAMIENTO DE LA GOTA.» *«Medicina Clínica», t. XXXIV, número 4, págs. 247-264, abril 1960. Barcelona.*

DESPUÉS de examinar detenidamente los datos que se conocen sobre los factores que intervienen en el metabolismo del ácido úrico, se aprecia la importancia que con respecto al mismo pueden tener los procsos de peroxidación, así como los factores enzimáticos que repercuten sobre aquéllos, en especial la hepatocatalasa.

En el estudio experimental se describe que la administración de hepatocatalasa en cobayos y perros disminuye marcadamente los niveles de ácido úrico en sangre y en orina.

En el estudio clínico que se ha llevado a cabo en enfermos gotosos, se ha comprobado asimismo un constante descenso del ácido úrico en la sangre, que alcanza las cifras más bajas entre los diez y quince días de tratamiento, estabilizándose posteriormente. Asimismo desciende el ácido de la orina, siguiendo, aproximadamente, las curvas de la uricemia. También desciende de una manera constante la colesterina de la sangre.

Estos mismos descensos, aunque de menor intensidad, se aprecian en los individuos con uricemias y colesterinemias normales.

En cuanto a su acción sobre los síntomas clínicos de la enfermedad, se muestra francamente eficaz en las molestias características de la gota crónica, iniciándose las mejorías entre los quince y veinte días de tratamiento. Su suspensión por más de cinco días provoca la reaparición de las molestias en la mayoría de los casos. En cambio, se ha mostrado incapaz de resolver los brotes agudos que estaban en curso al iniciar el tratamiento ni de evitar la presentación de los mismos, si bien se ha observado que, en general, son menos frecuentes e intensos.

La medicación se ha mostrado de una tolerancia perfecta.

Desde el punto de vista clínico destaca notablemente que la facies congestiva característica de algunos enfermos, se modifica hacia la normalidad, de manera paralela a la aparición de una mejoría subjetiva expresada espontáneamente por el enfermo.

A pesar de los buenos resultados obtenidos, estamos persuadidos de que hemos trabajado con dosis bajas y que el empleo de cantidades superiores nos permitirá conseguir resultados clínicos más brillantes (como lo demuestra el hecho de que, al aumentar la dosis, se yugulan los aumentos de las uricemias y los retrocesos clínicos, provocados por diversas causas) y podremos, además, espaciar la administración del medicamento, en beneficio de la comodidad del paciente. — AUTORRESUMEN.

CHABÁS, J. (Barcelona). — «DISHEPATÍA Y DISMETABOLIA REUMATÓGENAS.» *«Gaceta Médica Española», resumen de los números X y XI de 1956; II, V, IX y X. de 1957, y mayo y julio de 1958. Madrid.*

EL reuma es un trastorno metabólico, cuya discrasia se caracteriza: químicamente, por la desoxia y la acidosis; histológicamente, por la degeneración fibrinoide tisular y articular, y por el giro evolutivo cristaloide.

Ese trastorno se origina al disminuir y perturbarse principalmente, entre otras funciones, la antitoxia hepática para los tóxicos endógenos o elementos anhísticos del pervertido metabolismo, y de los exógenos que no puede ya inactivar. Todo ello genera la perturbación hemática, nerviosa, endocrina, etcétera, que concurre, primitiva o secundariamente, e integra el cuadro morboso reumático. El dolor es la revelación de la disoxia en la inervación local.

La bioquímica del reumático es morbosa por: ingresos alimenticios inadecuados, imperfección metabólica, eliminación deficiente con retención toxhémica. La depuración cutánea y urinaria está perturbada y también la función endocrina dimanante de las cápsulas

suprarrenales, todo lo cual conspira a establecerse el estado de disoxia y acidosis.

Prueba bioquímica de la verosimilitud de ese concepto etiopatogénico y fundamento de su derivada terapéutica es que, normalizada la oxigenación con la hipodermia de oxígeno y la del trofismo con la adecuada dieta (y acaso un diurético, sudorífico y salicilato), se suprime o reduce en gran cuantía el dolor, se establece el pH, cesando la disoxia, y, por ambas acciones sobre el pH y el redox, cesa el proceso degenerativo de la cristalización, se restablece la coloidicidad, las fibras del colágeno se regeneran, las células se revitalizan y la precipitación tóxica, por la insuficiencia antitóxica hepática, nerviosa, endocrina, etc., cesan, curándose lo regenerable, reversible y, en depósito más o menos innocuo, lo cicatrizal o mineral desvitalizado—SACABEJOS.

AZNAR REIG, A.; CASALLA, J. M.; LÓPEZ, A. S., y ESTEBAN, B.—«SÍNDROME DE MAURIAC. COMENTARIOS A UN CASO.» «*Revista Clínica Española*», *76, 3, 176. 1960.*

PRESENTAN los autores un caso de síndrome de Mauriac, consistente en una diabetes inestable en el niño, con trastorno del desarrollo somático, hepatomegalia, obesidad, normalidad psíquica y signos de hiperfunción suprarrenal.

Es un síndrome poco frecuente, que tiene diversas modalidades, pero que lo fundamental en él es la diabetes, que se complica con un enanismo y una hepatomegalia cuya sugnificación es bastante discutida.

Es un cuadro raro y, según el autor, está condenado a desaparecer, pues depende de un error en el tratamiento de estos niños diabéticos. En efecto, aparece en niños diabéticos a los que se administra una dieta pobre en proteínas, abundante en grasa y en hidratos de carbono, y a los que se da poca insulina. Cuando el cuadro comienza, puede retroceder con un adecuado tratamiento de la diabetes; pero al cabo del tiempo es irreversible. Se considera que el niño diabético tratado en malas condiciones desarrolla una carencia proteica que provoca la detención del desarrollo y un acúmulo excesivo de grasa en el panículo adiposo y en el hígado.

Si a los niños diabéticos se les da una dieta equilibrada, con abundantes proteínas, restricción de grasa y moderación en los hidratos de carbono, así como la cantidad de insulina que precisen (que suele ser mayor que en el adulto), este síndrome no aparece. Creen los autores que la enfermedad puede incluirse en el grupo de los síndromes yatrógenos, por depender del tratamiento equivocado en un niño diabético.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EXTRANJERAS

MEDICINA INTERNA

ROBESCHI, A. — «ARTROSIS DISCOSOMÁTICA HIPEROSTOSANTE VERTEBRAL.» (*Artrosi discosomativa iperostosante vertebral.*) «*Min. Med.*», *50-51, 2.125. 1959.*

LAS espondilopatías anquilosantes no son en la práctica muy frecuentes, sobre todo si se prescinde de las formas postraumáticas y de las osteítis y osteoartritis de naturaleza infecciosa diversa (tuberculosa, brucelar, tífica, etc.). Las que con mayor frecuencia crean problemas diagnósticos son la espondilitis anquilosante, la artritis reumatoide y la designada por Forrestier como hiperostosis anquilosante vertebral senil, que posteriormente el mismo autor y Rotes Querol destacan, en 1950, con la denominación de artrosis discosomática hiperostosante vertebral, cuyas características permiten considerarla como una entidad autónoma diferente de las otras espondilopatías anquilosantes y de la artrosis.

El autor hace un detenido estudio del síndrome, especialmente del cuadro clínico radiológico y de las lesiones anatomopatológicas, que lo caracterizan y que permiten realizar su diferenciación.

Es enfermedad senil, aunque se dan casos de comienzo en la edad media de la vida, que afecta a los varones, y en la que tienen una influencia discutida los microtraumatismos o sobrecargas repetidas.

La sintomatología clínica es banal, pasando desapercibida y haciéndose el diagnóstico casualmente, muchas veces, por un estudio radiológico llevado a cabo por otros motivos.

Lo característico es un dolorimiento y cierta rigidez en la columna, más o menos localizado, con modificaciones de la curvadura fisiológica, en el sentido de una moderna cifosis dorsal, con ligera escoliosis.

El dolor no es muy intenso, cursa a temporadas, con largos períodos de bienestar. Son excepcionales los dolores intensos.

No siempre coincide su localización con la de las lesiones radiológicas objetivables. Se acentúa con el movimiento, calmándose a lo largo del día y cediendo con el reposo en cama.

Faltan siempre las alteraciones del estado general, siendo normal la velocidad de sedimentación y las pruebas de actividad reumática.

El cuadro radiológico es característico, habiendo una neoformación ósea que interesa la superficie del cuerpo vertebral y los espacios intersomáticos. Se localiza especialmente en la superficie anterolateral derecha de las vértebras dorsales, aunque puede afectar a la columna cervical o lumbar.

En los espacios intervertebrales se aprecia una ligera protrusión discal. Las lesiones se ven mejor en la proyección lateral.

La etiopatogenia es todavía objeto de discusión, señalando el autor las diferencias existentes con la artritis reumatoide y las artrosis.

Según él, la lesión discal sería lo inicial, unido a una tendencia hiperostosante que facilitaría la formación de los puentes óseos por calcificación de los ligamentos vertebrales.

En lo que se refiere al tratamiento, parecido al de la artrosis, señala la utilidad de los derivados pirazolónicos, no debiendo utilizarse los esteroides corticales, pues al no haber lesiones inflamatorias, carecen de indicación lógica.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CIRUGÍA

DOGLIOTTI, A. M.; ACTIS DATO, A., y COCCO, F. (Torino).—«RESULTADOS DE LA LIGADURA DE LA ARTERIA MAMARIA INTERNA EN UN GRUPO DE ENFERMOS CORONARIOS.» *(Risultati della legatura delle arterie mammarie interne in un grupo de coronaropazientei.)* «*Minerva Medica*», *51, 43, 1.991. Torino, 1960.*

LA cirugía cardíaca se ha introducido ampliamente estos últimos años en el tratamiento de los enfermos coronarios, buscando mejorar el riego del miocardio mediante ligaduras, anastómosis, pericardiopexias, etc., o disminuir las necesidades generales mediante operaciones como la tiroidectomía. De todas las intervenciones propuestas, una de las más simples y que parece haber dado buenos resultados es la ligadura de las arterias mamarias internas. La finalidad de la intervención es provocar un gradiente tensional que favorezca la revascularización de miocardio, y, dada la sencillez de la intervención, prácticamente no tiene contraindicaciones ni peligros.

Los autores presentan una experiencia de noventa y cinco casos operados y seguidos más de dos años. Describen la técnica operatoria, las precauciones que deben tomarse en el período pre y postoperatorio, así como las indicaciones para la selección de los pacientes.

Clasifican sus enfermos en seis grupos, en relación con la intensidad de los trastornos de riego y la gravedad de la lesión determinante.

Para valorar los resultados de la intervención atienden a los datos subjetivos como disminución de la intensidad y frecuencia de las crisis de angor, y a los objetivos (electrocardiograma, simple y de esfuerzo; reacción a la prueba de los coronariodilatadores, y situación cardíaca general).

Comprueban una mejoría notable en gran número de casos, pero sin que puedan establecer una relación entre la gravedad inicial y la mejoría obtenida.

En general, los mejores resultados se obtienen en los enfermos con crisis angoroides, que no presentan trastornos electrocardiográficos basales, o en aquellos que tienen una historia previa de infarto demostrado (tal vez porque en este tipo de pacientes las condiciones para una revascularización de miocardio son mejores).

En lo que se refiere a la edad, los mejores resultados se dan en los comprendidos entre los 40 y 60 años. Los casos en que el déficit de riego depende de una lesión valvular o una cardiopatía previa, son los que menos responden, tal vez porque persiste la causa fundamental.

Los autores consideran también los beneficios dependientes no sólo de la intervención, sino también del reposo a que se someten los pacientes, junto con la indudable acción psicoterápica, pues recogen el dato de Bayley, que en una serie de enfermos se limitó a practicar una incisión local sin ligadura arterial, y los resultados fueron análogos a los casos intervenidos realmente.

El hecho es que, como se trata de una intervención sencilla que puede ralizarse incluso con anestesia local y que no tiene apenas contraindicaciones ni riesgos, merece la pena ensayarla en este tipo de enfermos. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO DIGESTIVO

CAPOCACCIA, L., y NUTI, M. (Roma).—«LA FALTA DE OPACIFICACIÓN DE LA VESICULA BILIAR EN LA CIRROSIS HEPÁTICA.» *(La mancata opacizzazione della colecisti nella cirrosi epatica.)* «*Minerva Medica*», *51, 38, 1.764. Torino, 1960.*

LOS autores tuvieron ocasión de observar que en unos cuantos enfermos de cirrosis hepática en los que se practicó colecistografía oral, la vesícula no se opacificó, y basados en

este hecho llevan a cabo un estudio en veintitrés casos de cirrosis hepática, comprobando en todos ellos que, coincidiendo con el cuadro clínico, en las pruebas funcionales comunes positivas se comprueba la ausencia de relleno vesicular en la colecistografía. Consideran, pues, que una prueba precoz y eficaz de la función hepática es la práctica de una colecistografía, siempre que se descarten las diversas causas que pueden impedir el normal relleno vesicular por el contraste (falta de absorción de medio contraste, pílorospasmo, oclusión del cístico, colecistitis crónica, vaciamiento precoz o replección tardía de la vesícula).

La mayor parte de estos estados pueden descartarse por la historia previa, por lo que consideran que persiste con todo valor la colecistografía como prueba funcional precoz de la cirrosis hepática. En tres casos en los que se practicó colecistografía intravenosa, fue también negativa. La prueba con contrastes intravenosos no se practicó en todos los casos, por considerarla peligrosa en enfermos con una insuficiencia hepática potencial como supuestos cirróticos.

Como señalan los autores, tiene valor que en todos los cirróticos estudiados falte la replección vesicular, o sea, incompleta, por lo que merece la pena, por lo menos, tener en cuenta la posibilidad de utilización de esta prueba funcional.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

BORRONE, C., y FACI, I. (Génova).—«LAS MUCOPROTEÍNAS GÁSTRICAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HEPATOPATÍAS INFANTILES.» *(Le mucoproteine gastriche nella terapia delle epatopatie dell'infancia.)* «*Minerva Medica*», *51, 35, 1.585. Torino, 1960.*

ENTRE las múltiples propiedades que se han encontrado experimentalmente en los preparados de mucoproteínas extraídas de la mucosa gástrica, se había señalado la acción hepatoprotectora basada en su contenido de vitamina B_{12}, en su acción clarificante del plasma y en su capacidad para inhibir la degeneración grasa experimental del hígado de tipo tóxico o infeccioso.

Los autores llevan a cabo un trabajo clínico ensayando el preparado en un grupo de niños afectos de hepatitis agudas en los que comprueban el buen curso de la enfermedad en los casos tratados con el preparado de mucosa gástrica.

Las pruebas de floculación, las cifras del proteinograma y las de bilirrubinemia mejoran paralelamente en los casos que responden al tratamiento.

En general, deducen que en los casos de hepatitis benignas el resultado es bueno, y no tanto en los casos en que existe ya daño hepático marcado.

Puede deducirse, pues, de sus comentarios que no muestran un excesivo optimismo por la eficacia de este nuevo preparado hepatoprotector.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

APARATO CIRCULATORIO

BERNARD, J. G.; LAVERDANT, Ch.; DOURY, P., y GRINDA, J.—«LAS HIPERTENSIONES TRANSITORIAS NEUROTÓNICAS DEL JOVEN ADULTO.» *(Les hypertensions transitoires neurotoniques de l'adeulte jeune.)* «*La Presse Médicale*», *n.º 32, junio 1960. París.*

COMENTAN los autores la frecuencia de este trastorno, recogiendo en cinco años doscientos dieciocho casos en seiscientos veintisiete hipertensos menores de 40 años; es decir, un 35 por ciento, de los cuales corresponden ciento setenta y ocho a enfermos de 20 a 25 años, y los otros cuarenta, a enfermos de 25 a 30 años.

Entre las características clínicas de esta hipertensión, hacen resaltar lo primero la influencia de la edad, los antecedentes familiares —puesto que en treinta y siete de sus enfermos existían trastornos vasculares—, la inestabilidad emocional, la frecuencia en estos enfermos de las llamadas distonías neurovegetativas, comprobándose algunas veces soplos cardíacos inorgánicos. La hipertensión es de las de máxima y de mínima, pero con cifras moderadas, ausencia de repercusión visceral, existiendo únicamente en el 28 por ciento de los casos ligeras modificaciones del fondo de ojo.

En cuanto a la evolución, se inclinan por la benignidad del proceso, si bien en algunos de los sujetos se observa una inestabilidad tensional, y dicen los autores que estos sujetos comienzan por una hipertensión transitoria, que luego puede hacerse permanente, señalando que el difícil, al principio, el asegurar si va a evolucionar hacia la hipertensión definitiva.

En lo referente al origen de esta hipertensión, parece que están de acuerdo en admitir que influye la herencia, y, sobre todo, que es un trastorno nervioso y muchas veces emocional, puesto que la mayoría de los casos por ellos observados se descubrieron en el servicio militar y en los casos de combates.

En cuanto al tratamiento, recomiendan en primer lugar la supresión de la causa que puede ser afectiva muchas veces, consiguiendo un reposo psíquico del sujeto, el reposo físico, tanto en el trabajo como en los deportes; los hipotensores del tipo de la rauwolfia pueden estar indicados en el caso de

que el trastorno vaya evolucionando hacia la permanencia de la hipertensión, y sobre todo insisten en la importancia de la vigilancia periódica de estos enfermos, para ver la evolución de sus cifras tensionales. — A. GARCÍA LEJARRETA.

ENDOCRINOLOGÍA

VOGLIAZZO, U.; VIALE, G., y BORNEY, G. (Aosta). — «COMPORTAMIENTO DE LA TRANSAMINASA GLUTÁMICO - OXALACÉTICA Y GLUTÁMICO - PIRÚVICA EN UN GRUPO DE CRETINOS ENDÉMICOS.» *(Comportamento delle transaminase seriche glutamico-ossalacetica e glutaminico-piruvica in un grupo di cretini endemici.)* «*Minerva Medica*», *51, 37, 1.719. Torino, 1960.*

CON el fin de realizar una aportación más sobre la significación clínica de la determinación de la actividad transaminásica del suero, los autores llevan a cabo un estudio en una serie de cretinos endémicos del valle de Dora, determinando las dos transaminasas, glutámico-oxalacética y glutámico-pirúvica.

Los valores encontrados en todos los casos, según la técnica de Karmen y La Due, son ligeramente altos dentro de los límites normales, por lo que no puede deducirse que tenga ninguna significación la actividad transaminásica del suero en relación con el cretinismo, lo que realmente ya era de suponer si se piensa que la utilidad de estas determinaciones se centra en los procesos lesionales agudos.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

HEMATOLOGÍA

ULTMANN, J. E.; FISH, W.; OSSERMAN, E., y GELLHORN, A.—«SIGNIFICACIÓN CLÍNICA DE LA HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN ENFERMOS DE LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA Y DE LINFOSARCOMA LINFOCÍTICO.» *(The clinical implication of hypogammaglobulinemia in patients with chronic lymphocytic leukemia and lymphocytic lymphosarcoma.)* «*Annals of Internal Medicine*», *51, 501. Año 1959.*

SON pocos los casos de la literatura con hipogammaglobulinemia. Comunican los autores sus resultados en 60 enfermos de leucemia linfoide crónica (treinta y tres) y de linfosarcoma linfocítico, en los que estudian las proteínas totales y su fraccionamiento electroforético. En diecinueve casos se presentaron valores de gammaglobulina inferiores al 50 por ciento de lo normal. En ellos fueron muy frecuentes (en el 89 por ciento) las infecciones, en contraste con los demás, que sólo las presentaron en un 15 por ciento, y fueron más largas y graves. En ambos grupos, la mitad de las infecciones ocurrieron durante la terapéutica con esteroides. No se encontró relación entre los niveles de gammaglobulina y los tratamientos realizados (esteroides, radio o quimioterapias). Entre los gérmenes causantes de las infecciones, el más frecuente fue el *staphilococcus aureus*, resistente a los antibióticos corrientes, y mejoraron con la administración de gammaglobulina. En cuatro casos se produjo un herpes zoster (uno de ellos mortal). En general, la hipogammaglobulinemia se presentó tardíamente en el curso de la afección y en pacientes con la enfermedad generalizada.—CIVEIRA.

LABORATORIO

SCHULTZ, SCHWICK, SONNETM, HEREMANS y MICHAUX.—«X-GAMMA-GLOBULINA, UN COMPONENTE DE LA GAMMA GLOBULINA RELACIONADO CON LA PROTEÍNA C-REACTIVA.» *(Gamma-X-globulin, eine immunoelektrophoretisch nachweisbare gamma-globulin-komponente mit Beziehungen zum C-Realtiven Protein.)* «*Klin. Wschr.*», *38-62. 1960.*

CUATROCIENTOS sueros de individuos europeos y bantúes fueron estudiados mediante la técnica de Grabar de inmunoelectroforesis sobre agar. En sesenta y tres de estos sujetos, enfermos de procesos inflamatorios o neoplásicos, se comprobó la presencia de una nueva línea de precipitación, localizada por dentro y parte media de la banda de la gamma-globulina, y que fue denominada X-gamma-globulina. Esta globulina fue también aislada del pus de un absceso ameboide de hígado.

Podía obtenerse empleando sueros antihumanos de caballo o conejo, pero eran mucho más evidentes si éstos se agotaban, previamente, con gamma-globulina. Los estudios físico-químicos e inmunológicos de esta proteína demuestran su estrecho parentesco con la proteína C-reactiva.—PEG JUARRERO.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

ENDARA (Quito).—«NOTA SOBRE ACCIDENTES DE TRÁNSITO.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *n.º 29, págs. 3-12, enero-marzo 1960. Quito (Ecuador).*

EL autor, manejando múltiples estadísticas, demuestra cómo los accidentes por vehículos de tracción mecánica son una de las causas de muerte más frecuentes en los paí-

ses civilizados, recordando, por ejemplo, a Alemania occidental, que con una población de unos cincuenta millones de habitantes, tiene diariamente unas treinta y cinco personas muertas por este motivo, con unos mil heridos. Hace referencia a cómo todas las naciones se han preocupado de legislar sobre el particular, pretendiendo reducir estos porcentajes tan elevados de muertes y accidentes por el tráfico en carreteras, refiriéndose con especial mención a trabajos de autores sudamericanos, que señalan las causas de tales hechos.

Revisa someramente cada uno de los grupos en que se han encasillado las razones motivadoras de los accidentes, concediendo mayor detenimiento a la velocidad, alcoholismo y a las características intrínsecas del conductor, para concluir y resaltar la importancia trascendente que está llamado a desempeñar el psicólogo, a quien corresponde estudiar la ecuación «hombre-tránsito», al objeto de disminuir los riesgos de las lesiones por vehículos mecánicos.—LUIS DEL CAMPO.

ALIAGA (Huachac, Perú). — «ESTUDIO DEL DIBUJO MEDIANTE LA PRUEBA DE RORSCHACH.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *n.º 29, páginas 130-141, enero-marzo 1960. Quito (Ecuador).*

EL autor ha realizado una serie de investigaciones mediante la prueba de Rorschach sobre doscientos niños comprendidos entre la edad de 4 a 15 años, en un distrito rural del Perú. Señala las múltiples interpretaciones que ha obtenido, demostrativas de sus inquietudes artísticas, que se acusan en tendencias al dibujo abstracto; logra también adentrarse en el engrama de su personalidad desde el punto de vista artístico, deduciendo que se hallan en su mayoría en una etapa o fase de trasculturación. — LUIS DEL CAMPO.

DIEPPA (Caracas).—«EL CONCEPTO DE EQUIPO DE SALUD MENTAL.» «*Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas conexas*», *núm. 28, págs. 519-537, octubre-diciembre 1959. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana. Quito.*

EL autor, que tiene un brillante historial de trabajos prestados en diferentes servicios asistenciales de Puerto Rico y Estados Unidos, actualmente catedrático de Psicología en Caracas, desarrolla los conceptos de equipo de salud mental, tomando como base lo que se realiza en Norteamérica.

Define a estos equipos como el resultado de un conjunto de profesionales que aunan sus esfuerzos para tratar mediante terapéutica y orientación a determinado individuo. Señala los papeles que se les asigna al psiquíatra —rector, por así decirlo— del equipo psicólogo clínico, trabajador social psiquiátrico y otros diversos cuando las condiciones económicas lo permiten, como ampliación de los anteriores profesionales, además de neurólogo, enfermera psiquiátrica, profesor de terapéutica ocupacional, auxiliares de enfermería y encargados de programas recreativos, y, si se trata de niños, pediatra. Describe en extenso la actuación de cada uno de estos componentes, precisando cómo el paciente o sujeto de estudio pasa de unos a otros, completando el estudio de su personalidad, poniendo de manifiesto que la buena voluntad existente entre los componentes del equipo no es suficiente, siendo precisa su capacidad, que requiere, por otra parte, la cualidad de poder coordinarse.—LUIS DEL CAMPO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

DAITSCH, J. — «PRURITO VULVAR.» «*La Semana Médica. Cátedra de postgraduados*», *págs. 416-417, tomo 115 (apéndice), número 18, septiembre 1959. Buenos Aires.*

EL autor hace una clasificación etiológica y después una relación de las causas más frecuentes en la infancia, embarazo y climaterio.

En el tratamiento sintomático señala una marcada actividad de los corticosteroides localmente y de un modo general, solos o asociados con antibióticos. En la sedación del sistema nervioso se han mostrado de gran utilidad los medicamentos ataráxicos. — J. RIVERA.

GUIXÁ, H. L. — PATOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL OVARIO RESTANTE.» «*L Semana Médica*», «*Cátedra de postgraduados*», *páginas 275-280, tomo 115 (apéndice), núm 11, 10 de julio de 1959. Buenos Aires.*

ACLARA el concepto de ovario restante. La conducta radical o conservadora depende del equilibrio endocrino de la paciente, la edad y la posibilidad que tiene el parénquima ovárico de desarrollar ulteriormente un proceso patológico. Dadas las dificultades que tiene la resolución de este último punto, el autor aconseja hacer el estudio del órgano por medio del corte y sutura ulterior.

No todos los ovarios restantes con reducción de la masa ovárica traen alteración funcional. En algunos que no tienen alteración funcional se produce por un mecanismo hormonal, vascular o mixto, una reacción quística que los hace muy dolorosos. Finalmente, las alteraciones patológicas que puedan sufrir los ovarios restantes no son tan numerosas como para que puedan modificar nuestra conducta cuando creemos que se debe ser conservador. — J. RIVERA.

SCHIAVO, C. D. — «SOBRE LA NECESIDAD DE PREVENIR LA TROMBOSIS EN LAS PARTURIENTAS AFECTADAS DE ACNÉ ROSÁCEO.» «*La Semana Médica*», *págs. 112-114, tomo 114, núm. 4, 22 de enero de 1959. Buenos Aires.*

ESTUDIOS clínicos y experimentales han mostrado la frecuencia de alteraciones en la coagulación sanguínea en los enfermos de Acné rosáceo. En los casos de embarazo coincidentes con esta enfermedad hay que prestar especial atención a las complicaciones tromboflebíticas.

Relata el caso de una embarazada de 27 años, con acné rosáceo facial desde hacía un año. Se hace cesárea por asinergia funcional irreductible, y aunque se practica movilización y levantamiento precoz aparece a los nueve días de la operación una tromboflebitis de ambos miembros inferiores, que sólo remite con un intenso tratamiento de heparina y dicumarol, lo que demostraría que la alteración de la coagulación sanguínea es en estos pacientes el elemento esencial de la complicación trombótica.

El dilema es decidir si las complicaciones trombóticas habrán de prevenirse por la movilización precoces, la gimnasia respiratoria, etc., o será preciso recurrir a las drogas anticoagulantes.

Se impone vigilar la aparición del «estado pretrombótico» mediante la determinación seriada, cada seis a doce horas, del tiempo de coagulación o, en su defecto, prevenir la producción de ese estado mediante el uso profiláctico de las drogas anticoagulantes. J. RIVERA.

BAENS, A., y SANTOS-OCAMPO, C. C.— «ROTURA ESPONTÁNEA DEL HÍGADO EN LA ECLAMPSIA.» (*Spontaneous rupture of the liver in Eclasmpsia.*) «*Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties*», *páginas 351-354, vol. XIV, núm. 6. Noviembre-diciembre de 1959. Manila.*

HASTA ahora sólo han sido publicados treinta y nueve casos de esta complicación de la eclampsia. El de los autores es el primero aparecido en el Philippine General Hospital, donde el Servicio de Obstetricia tiene, por término medio, 10.000 admisiones y treinta casos de eclampsia al año.

Describen detalladamente el proceso que ellos atendieron. Presentan dos fotografías, una del hígado y otra correspondiente a la placenta. Lo discuten y terminan afirmando que todos están de acuerdo en la rápida intervención como terapéutica de estos casos. Abogan por la sutura del desgarro, mientras otros son partidarios del taponamiento con gasa para controlar la hemorragia. Es necesaria una transfusión abundante para restaurar la sangre perdida.—J. RIVERA.

OFTALMOLOGÍA

VALU, L. (Debrecen, Hungría).—«EXPERIENCIAS ACERCA DE 455 OPERACIONES DE SACO LAGRIMAL.» (*Erfahrungen an Hand von 455 Tränensackoperationen.*) «*Ophthalmogica*», *vol. 139, n.º 6, págs. 443-449, junio 1960. Basilea (Suiza).*

DE una casuística de cuatrocientas cuarenta y cinco operaciones del saco lagrimal, se han efectuado cuatrocientas treinta y dos dacriocistorrinostomías, nueve canalículo-rinostomías, cuatro conjuntivo-rinostomías y diez conjuntivo-dacriostomías de Stallard. La DCR se realiza también sin peligro en el niño. Hasta el presente se han operado cinco niños de menos de diez años, con éxito. Se ha obtenido un porcentaje de éxitos de un 94 por ciento. Cuando la canalículorinostomía no es practicable, se recomienda la conjuntivo-rinostomía. La operación de Stallard no ha tenido éxito más que en la atresia congénita del punto y canalículo lagrimales.—A. FACI.

WEEKERS, R., y PIVONT, A. (Lieja). — «EXTRACCIÓN DEL CRISTALINO CATARATADO DESPUÉS DE LA OPERACIÓN ANTIGLAUCOMATOSA FISTULIZANTE.» (*Extraction du cristallin cataratacté après opération antiglucomateuse fistulisante.*) «*Archives D. Ohptalmologie*», *t. 20, n.º 3, págs. 258-263, abril-mayo 1960. París.*

DESCRIPCIÓN de la técnica de extracción de la catarata en un ojo anteriormente operado de glaucoma, por medio de la técnica fistulizante.—A. FACI MUÑOZ.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

OPERTI, F. (Torino). — «EQUIPO TRAUMATOLÓGICO PORTÁTIL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE LA PIERNA Y DEL PIE.» (*Attrezatura traumatologica portatile per il trattamento delle fratture della gamga e del diepe.*) «*Minerva Ortopedica*», *vol. 11, números 1-2, págs. 60-62, enero-febrero 1960. Torino.*

LA extensión de la motorización y de los deportes a cada vez más amplios sectores de la población, hace que aumenten ininte-

rrumpidamente las lesiones del esqueleto, y en particular de las piernas y de los pies.

Para atender estas necesidades, y con vistas a poder atender lejos de los hospitales, de una manera completa y definitiva, cualquier tipo de fractura, ha proyectado el autor un equipo instrumental reducido, pero de gran eficacia y completísimo. Además, lo presenta en una pequeña maleta, de reducido volumen, con todo a la vista y rápidamente armable y puesto en servicio.

La selección es muy acertada, y si mentalmente piensa uno en determinado tipo de fractura a tratar y lo que precisaría en tal emergencia, se comprueba que allí está lo necesario.—SERAL.

LANCE, P.—«NUEVAS ORIENTACIONES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS COXARTROSIS.» *(Orientations nouvelles dans le traitement chirurgical de la coxarthrose.)* «*Gazette Medicale de France*», *t. 67, abril 1960. París.*

EL autor pasa revista a las principales técnicas quirúrgicas empleadas en la coxartrosis. Subraya que las técnicas clásicas empleadas hasta estos últimos años, como la artroplastia o artrodesis, no están desprovistas de inconvenientes (riesgo de deterioración a largo plazo de las prótesis, servidumbre de la artrodesis). Asimismo, estas intervenciones no tienen más que indicaciones limitadas y es preciso considerar como un gran progreso la aparición de toda una serie de intervenciones que permiten indicaciones operatorias más matizadas y, sobre todo, menos restrictivas. Son éstas las operaciones llamadas de descarga y la operación de Charnley o luxación central de la cadera.

Las operaciones de «descarga» están basadas en la disminución de la presión articular, llevando consigo no sólo la supresión de los dolores, sino también una regresión marcada de las alteraciones ósteoarticulares. Esta disminución de presión puede ser obtenida de dos formas: disminuyendo la tonicidad y el efecto de presión de los músculos periarticulares —realizada por la sección de los músculos (operación de Voss)— o el acortamiento del brazo de palanca y de la diáfisis femoral (operación de Mac Murray), o aumentando la superficie de apoyo cabeza femoral-cotilo (osteotomía varisante de aducción).

La luxación central de Charnley consiste en luxar la cabeza femoral en la pelvis, después de haber hundido el cotilo. Es una intervención que se parece a la artrodesis por su objetivo teórico, pero que es capaz de permitir una cierta movilidad sin comprometer el reposo y la estabilidad del resultado definitivo.

En lo concerniente a indicaciones, la coxartrosis primitiva unilateral debe beneficiarse de dos tipos de intervenciones: la osteotomía de varisación y las operaciones estabilizadoras. En las coxartrosis desarrolladas sobre una malformación congénita se empleará la osteotomía, que encuentra allí sus mejores indicaciones. Cuando sea imposible, será preciso recurrir a la artrodesis. En las coxartrosis bilaterales están indicadas las operaciones de descarga y la operación de Charnley.—PÉREZ GIL.

RADIOLOGÍA

POMPILI, G. (Milano). — «LA PROYECCIÓN LATERAL EN EL ESTUDIO RADIOLÓGICO DE LAS AFECCIONES DEL RECTO Y SIGMA.» *(La proiecione laterale nello studio radiologico delle affezioni del retto e da signa.)* «*Minerva Medica*», *51, 19, 813. 1960.*

LA proyección lateral en el estudio radiológico del recto y sigma ha sido presentada por el autor en un trabajo anterior en esta misma revista, y en este artículo recoge unos cuantos ejemplos de su utilidad.

En las clásicas radiografías de recto y sigma en proyecciones anteroposteriores, se pierden gran número de detalles, especialmente los referentes a los desplazamientos del recto, y las imágenes de la unión recto-sigmoidea, que no se ve claramente en esta proyección. La técnica del autor, complementando las dos proyecciones, permite investigar la presencia de lesiones, especialmente tumorales, en situaciones en que hasta ahora pasaban desapercibidas. Este artículo recoge, como decimos, una buena serie de casos en que las radiografías obtenidas constituyen la mejor defensa del método, por la claridad y belleza de las imágenes obtenidas.

Aunque el trabajo va dedicado a los radiólogos, permite al médico familiarizarse con las imágenes tumorales en estas localizaciones, que no es frecuente ver reproducidas con esta claridad.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PATOLOGÍA

CANIGGIA, A.; RAVENNI, G. y DEL GIOVANNE, L. (Siena).—«SOBRE LA PATOGÉNESIS DE LA FRAGILIDAD ÓSEA HEREDITARIA.» *(Sulla patogenesi della fragilità ossium hereditaria.)* «*Minerva Medica*», *51, 31, 1.333. Torino, 1960.*

LA fragilidad ósea hereditaria es una enfermedad que se manifiesta con unos síntomas característicos que afectan al tejido mesenquimatoso del hueso y de la esclerótica. Se transmite de forma mendeliana dominante, y puede ocasionar situaciones como la

enfermedad de Vrolik o tipo fetal de carácter letal, o la enfermedad de Ekman Lobstein o forma del adulto, caracterizada por la tríada: fragilidad ósea, escleróticas azules y sordera. Los síntomas no se dan siempre concordantes en todos los casos, y así, en las familias de estos enfermos es frecuente encontrar aislado el dato de las escleróticas azules, siendo más rara la sordera y la fragilidad ósea.

Si bien se conoce, pues, el tipo de transmisión y la sintomatología de la enfermedad, todavía se discute el mecanismo de producción de las lesiones, que se cree son debidas a una mutación génica.

La lesión de la esclerótica se caracteriza porque ésta es de un espesor inferior a un tercio de lo normal, y por ello es transparente la coloración azul de la coroides. La fragilidad ósea se debe a un trastorno en la formación del colágeno del hueso, siendo la disposición de las trabéculas óseas normal por lo demás.

Teniendo en cuenta que el colágeno es la estructura común entre la esclerótica y el hueso, se han hecho diversos estudios de tipo histoquímico con el fin de aclarar el aparente polimorfismo de acción del gene mutante.

Los autores encuentran que desde el punto de vista electroforético, el colágeno de todos los tejidos del organismo se comporta análogamente. Al practicar la hidrólisis seguida del análisis de la composición en aminoácidos del extracto, observan que en el colágeno de la esclerótica y del hueso hay una gran abundancia del aminoácido prolina, lo que no ocurre en los otros preparados de colágeno del organismo.

Parece ser, pues, que existe entre la esclerótica y el hueso una comunidad bioquímica del colágeno, y esto permitiría explicar el común punto de acción del agente causal de la fragilidad ósea.

Desde luego, el tipo de lesión y su mismo mecanismo quedan todavía sin aclarar; pero el hallazgo de los autores constituye una aportación de valor al problema.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

BEHAR, M. — «MENINGITIS URLIANA.» «*La Semana Médica*», *n.º 15, págs. 435-443, 7 abril 1960. Buenos Aires.*

HACE el autor hincapié en que debe llamarse así esta afección, y no parotiditis, y la define como «una enfermedad general, infectocontagiosa, aguda, endemoepidémica, que presenta manifestaciones generales y afinidad especial a localizarse en los parénquimas glandulares y a veces en testículos, páncreas y meninges o S. N. C.».

Hace a continuación historia y estudia la etiología, patogenia, anatomía patológica y reacciones meníngeas, exponiendo la reseña de veinte casos en que hubo esta reacción de un total de doscientos trece casos registrados en tres años.

Seguidamente detalla el diagnóstico y sintomatología, pronóstico y tratamiento. En éste expone la inmunización activa y pasiva.

Dice que durante mucho tiempo el tratamiento fue puramente sintomático. En estos últimos años se comenzó a usar el ACTH y cortisona, que mejoró algo y acortó en algunos casos la duración de la enfermedad. En 1957, luego de conocer la experiencia de Jobanputra con la dihidroergotamina, comenzó a emplear esta droga, que le ha dado resultados sorprendentes, sin haber encontrado una explicación lógica de su acción. Podría ser debida a una vasodilatación, por su acción adrenosimpaticolítica. Emplea media ampolla por día, en el niño pequeño; tres cuartos, en el mayor, y una ampolla diaria, en el adulto, por vía muscular y repetida dos-tres días, según la evolución. Acompaña la punción lumbar, bolsa de hielo en cabeza, sedantes y antiespasmódicos, cuando sean necesarios, que es cada vez menos con este nuevo tratamiento.—J. RIVERA.

PEDIATRÍA

SUJOY, E.—«LAS LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN EL TÉTANOS DEL NIÑO.» «*La Semana Médica*», *t. 116, n.º 13, págs. 357-365, marzo 1960. Buenos Aires.*

EL autor hace historia del proceso. Señala la frecuencia, edad, sexo, época del año y localización de la herida tetanígena, tiempo de incubación y gravedad del tétanos, existencia o no de fiebre y paroxismos.

Se ocupa después de la acción de los grupos musculares extensores y flexores de la columna vertebral, creyendo que no son los paroxismos solamente, sino la contractura tónica intensa propia del tetánico, la que sería la causa fundamental del aplastamiento vertebral.

A continuación describe la anatomía patológica, la localización de la lesión, el estudio radiográfico, el diagnóstico diferencial con diferentes procesos, el pronóstico, tratamiento y profilaxis.—J. RIVERA.

ALBORES, J. M., y otros.—«CONSIDERACIONES SOBRE LA ASOCIACIÓN DE SULFAMERAZINA-SULFAPROXILINA EN PEDIATRÍA.» «*La Semana Médica*», *t. 116, n.º 12, págs. 323-328, marzo 1960. Buenos Aires.*

ESTUDIAN los autores el efecto de esta mezcla en ciento veinte niños afectos de

distintas enfermedades. Investigan la concentración plasmática y la eficacia terapéutica. Analizan los casos negativos, inconvenientes, intolerancia y toxicidad.

Emplean dosis de 0'10 g. por kilo y día, repartidas en tres tomas separadas por espacios de ocho horas.

Observan inconvenientes menores que con otros preparados, y creen que en las infecciones comunes de los niños (exceptuando las de piel, debidas frecuentemente a un estafilococo resistente) es muy aconsejable el empleo de este preparado.

Pero en procesos graves hay que doblar las dosis, siendo preferible asociar los antibióticos.—J. RIVERA.

ROSACO, S., y otros.—«URGENCIAS QUIRÚRGICAS EN PEDIATRÍA.» «*La Semana Médica*», *t. 116, n.º 14, págs. 398-407, 4 abril 1960. Buenos Aires.*

SE ocupan, en primer lugar, de las urgencias de aparato digestivo, distinguiendo dos grupos: las que obedecen a una alteración de las paredes del tubo digestivo, congénita o adquirida, y las que provocan sintomatología obstructiva por factores mecánicos, ya actúen desde el interior o desde el exterior del trayecto.

En capítulo aparte se ocupan de la última porción del tubo digestivo y del apéndice.

También en capítulo aparte, otro de los colaboradores del trabajo se ocupa del vómito, con su consecuencia de deshidratación.

A continuación estudian las urgencias urológicas, citando casos demostrativos de su importancia. A propósito de estas urgencias, otro de los colaboradores se ocupa de la insuficiencia renal aguda.

Finalmente tratan de las urgencias que derivan de las complicaciones pleuropulmonares.—J. RIVERA.

APARATO RESPIRATORIO

RAVETTA, A. (Como).—«SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS PLEURITIS EXUDATIVAS CON PREDNISONA.» *(Sulla terapia delle pleuriti essudative con prednisone.)* «*Minerva Medica*», *51, 35, 1.573. Torino, 1960.*

EL autor presenta en este trabajo su experiencia sobre el tratamiento de los derrames pleurales con prednisona y otros derivados cortisónicos por vía oral, en una amplia casuística de cincuenta enfermos. Aunque era ya conocida la utilidad de este tratamiento, el hecho de presentar un buen número de casos tratados le permite obtener deducciones de gran valor.

La dosis utilizada fue inicialmente alta (35 mg. al día, de prednisona), disminuyendo progresivamente de 5 en 5 miligramos, hasta conseguir una dosis de mantenimiento de 5 a 10 miligramos diarios. Cada cinco días se administraban, en vez de prednisona, 10 miligramos de ACTH, con el fin de mantener la función suprarrenal.

Los resultados obtenidos fueron muy notables; la mejoría del estado general, con desaparición de la fiebre, dolores y vuelta del apetito, fue precoz, desde el segundo o tercer día de tratamiento. La reabsorción del derrame fue rápida en todos los casos, desapareciendo por completo entre la primera y tercera semana de tratamiento. Solamente en pocos casos se produjo la reaparición del derrame, debiendo practicarse la toracentesis, que se aprovechó para administrar prednisolona o hidrocortisona local.

La curación, además de más rápida, fue más perfecta que en los casos anteriores a estos tratamientos, no quedando bridas, soldaduras ni engrosamientos pleurales apreciables.

Todos los casos correspondían a enfermos con pleuritis tuberculosas, excepto en dos enfermos con reumatismo poliarticular, en los que la acción de la prednisona fue asimismo eficaz.

No se produjeron efectos colaterales de ningún tipo. Probablemente debido a que en la mayoría de los casos el tratamiento no fue superior a los treinta días.

El cuadro proteico y la velocidad de sedimentación se normalizaron lentamente, a veces de manera paralela a la reabsorción del derrame, pero casi siempre con ligero retraso.

Por lo que se refiere al mecanismo de acción de esta terapéutica, el autor recoge las posibles explicacions más en boga en los investigadores, sin inclinarse decididamente por una explicación clara. Se invoca la acción antialérgica de la prednisona, el efecto antiinflamatorio y especialmente la inhibición de la reacción antígeno-anticuerpo, que, al producirse a nivel pleural, ocasionaría la exudación.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960
SOCIEDADES Y ACADEMIAS

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 19 DE NOVIEMBRE DE 1959

GALLART-ESQUERDO, A. — «TUBERCULOSIS HIPERTRÓFICA DEL CIEGO Y ESTENOSANTE DEL ÍLEON PROXIMAL, CLÍNICAMENTE PRIMITIVAS, REVELADAS EN EL CURSO POSTOPERATORIO DE UNA COLECISTECTOMÍA.»

DESDE el punto de vista clínico, la tuberculosis intestinal puede ser primitiva o secundaria. A partir de la utilización sistemática de la radiología en la exploración del tórax de todos los enfermos de tuberculosis intestinal, quedó bien demostrado que la tuberculosis intestinal primitiva era una afección poco frecuente. El mejor conocimiento de las formas discretas de la tuberculosis pulmonar, hematógena o no, reveló, ya antes del empleo de la estreptomicina, que la tuberculosis intestinal primitiva, cuya frecuencia se estimaba entre el 7 y el 10 por ciento para el adulto, y el 20 por ciento para el niño, era en realidad mucho más rara.

Desde el descubrimiento de la estreptomicina y los demás tuberculostáticos modernos, la tuberculosis intestinal ha disminuído considerablemente de frecuencia. Por nuestra parte, durante los últimos diez años, sólo hemos observado tres casos, dos de ellos secundarios, y el otro, clínicamente primitivo. En este caso —se trataba de una mujer de cincuenta y ocho años de edad— los primeros síntomas clínicos de la afección (crisis de oclusión intestinal) aparecieron en el curso postoperatorio de una colecistectomía, cuando la paciente había ya abandonado la clínica. Fue reoperada y se le encontró un tumor cecal, que durante la laparotomía diagnosticamos erróneamente de cáncer. La histología reveló que era de naturaleza tuberculosa. A los doce días de la hemicolectomía derecha, reaparecieron las crisis oclusivas, y una nueva laparotomía permitió descubrir otra lesión tuberculosa estenosante en el íleon proximal; se practicó una enteroanastomosis láterolateral abierta. Pasados cuatro años de la tercera intervención, la enferma seguía libre de molestias.

SESIÓN DEL DÍA 26 DE NOVIEMBRE DE 1959

MARTÍ ABIZANDA, J. — «COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS.»

ENTRE unas mil, el autor encuentra el 85 por ciento de crónicas, subagudas y agudas simples (formando un solo grupo), el 10'40 por ciento de agudas gangrenosas, el 2'60 por ciento de agudas gangrenosas y perforadas, el 1'5 por ciento de plastrones y el 0'50 por ciento de complicaciones raras, que requieren tratamiento quirúrgico de categoría.

Comenta algunas hojas operatorias y las historias clínicas respectivas, con el fin de demostrar que, a veces, la apendicitis plantea problemas quirúrgicos importantes.

a) *J. F. Primera intervención* (Mac Burney): no se extirpa el apéndice debido a la existencia de un plastrón. *Segunda intervención* (pararrectal derecha): desbridamiento urgente de un absceso apendicular. Período de espera, durante el cual se le administra casi continuamente terramicina. *Tercera intervención*: extirpación muy laboriosa del apéndice, que era del calibre del intestino delgado; reconstrucción de la pared abdominal en las incisiones de Mac Burney y en la pararrectal derecha, donde se habían producido sendas eventraciones.

b) *C. V.* Intervenida por obstrucción intestinal grave debida a una brida, que es seccionada y se identifica como el apéndice, ya que era hueca, del calibre y la longitud propias del apéndice, se implantaba en el punto apendicular, y por su base de implantación se pudo introducir una sonda

exploratoria en el ciego. Este muñón fue suturado en bolsa e invaginado. El dictamen anatomopatológico revela se trata de un fragmento de intestino con necrobiosis. Al seccionar la brida, se liberan unos dos metros de intestino volvulado, ya en estado necrótico, lo que obliga a practicar su resección, a partir de unos tres centímetros de la válvula íleocecal y en sentido proximal. Curso postoperatorio, normal; pocos días después fue reintervenida para cerrar la yeyunostomía, donde se había instalado aspiración continua.

c) *A. R.* Intervenida de urgencia por obstrucción intestinal aguda debida a una brida de la región íleocecal. No se practica resección intestinal, porque el intestino se recupera. Este caso ya es más discutible: ¿se trataría de apendicitis con englobamiento del íleon terminal o de ileítis con englobamiento del apéndice?

d) *T. F.* Granuloma inflamatorio del ciego y el colon ascendente, producido por apendicitis aguda supurada. Hemicolectomía derecha. El autor insiste en el diagnóstico diferencial con las neoplasias del cecoascendente y en los problemas de tratamiento que plantean los casos similares.

De esta comunicación se excluyen intencionalmente las peritonitis, los abscesos, etcétera, pues con las transfusiones, los antibióticos, la aspiración endodigestiva, etcétera, el porcentaje de curaciones es, prácticamente, el cien por cien, y sólo se citan algunos casos demostrativos del grupo de las complicaciones raras, que representa, como ya hemos dicho, el 0'50 por ciento de las apendicitis.

HOSPITAL MUNICIPAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA, DE BARCELONA

Reuniones del Cuerpo Facultativo

Sesión del día 10 de junio de 1960

PUJOL SOLER, R.—«Tratamiento de eventraciones y hernias con injertos dérmicos.»

En casos de grandes eventraciones o hernias muy voluminosas y cuando el tejido aponeurético del paciente es de mala calidad y ofrece pocas garantías para la reparación del orificio herniario, cosa frecuente en los enfermos geriátricos, el autor ha ensayado varios materiales de refuerzo, señalando la gran seguridad que proporcionan los injertos libres de piel preparados según el procedimiento ideado por el doctor J. Más Oliver. Previa depilación con cera de la zona dadora se recorta el injerto según el tamaño y forma de la lesión a reparar, se separa la grasa de su profundidad y se sumerge en un baño de suero salino calentado a 56º durante unos cinco minutos, pasados los cuales y con gran facilidad, por el simple roce con una gasa, se desprende la epidermis. La piel así obtenida se sutura, sometiéndola a ligera tensión, a la aponeurosis. Su tolerancia es perfecta. Este método ha sido usado numerosas veces por el conferenciante con resultados siempre muy satisfactorios.

Ilustra la conferencia un film demostrando la obtención y preparación del injerto y su aplicación en un caso de una gran eventración postlaparotomía media.

ESPINÓS TAYÁ, L., y BARBETA LABALL, A.—«Oscilografía en Geriatría.»

Entre enfermos de edad avanzada se han obtenido oscilografías simultáneas y simétricamente de las extremidades, sobre todo inferiores, oscilografías del tórax y del abdomen al mismo tiempo para poder determinar el tipo respiratorio predominante. Se han obtenido también gráficas para relacionar la frecuencia respiratoria y el pulso; además se ha relacionado, en algunos casos, la oscilometría y la temperatura mediante un par termoeléctrico.

Los manguitos se han colocado en las posiciones clásicas: parte inferior del muslo, región superior e inferior de la pierna y, además, con el manguito digitalis se ha podido medir la oscilometría de los dedos. El aparato utilizado se compone de dos plumillas inscriptoras sobre papel milimetrado que avanza a una velocidad de veinte centímetros por minuto, y de un manómetro para determinar la presión en el momento que se produce la inscripción.

Se ha estudiado el índice oscilométrico de casi todos los enfermos, principalmente de los hemipléjicos, que constituyen el 25 por ciento de los ingresados en el servicio de Geriatría, y de los cuarenta, aproximadamente, que se les ha determinado la oscilometría, de los enfermos afectos de trastornos vasculares: arterioesclerosis, embolias, arteriopatías.

Se han obtenido datos estadísticos, deducciones de utilidad clínica.

TRUJOLS QUERALTÓ, A.—«Nuevos ganglioplégicos en el tratamiento de la hipertensión arterial.»

El tratamiento de la hipertensión arterial esencial continúa siendo, en el momento actual, uno de los principales problemas planteados a la terapéutica del cardiólogo y del internista. Los conocimientos que sobre la etiología de dicha enfermedad poseemos son escasos y no han esclarecido, por el momento, el verdadero punto crucial del problema.

En tales circunstancias no es de extrañar que el arsenal terapéutico de que disponemos sea variado y, al mismo tiempo, inseguro. Muchos son los productos que vienen utilizándose con diferentes mecanismos de acción, central o periférica, mixta, etc. No obstante, siempre aparece en la práctica clínica el enfermo refractario a casi todas las medicaciones.

Las sustancias bloqueadoras ganglionares poseen una eminente acción sobre las cifras tensionales, pero, a pesar de ello, incluyen otros efectos tóxicos que las hacen inaptas para una medicación continuada en la terapéutica habitual de los enfermos hipertensos. Si bien con la mecamilamina se había logrado un gran avance en este sentido, la pempidina posee una serie de características farmacológicas diferentes a las de los restantes ganglioplégicos, que reducen al máximo las contraindicaciones y acciones colaterales de esta droga.

Los efectos secundarios, cuando aparecen, van paralelos a la acción hipotensora, y surgen de los treinta a los sesenta minutos después de la administración oral, llegando al máximo entre una y dos horas después de ella, y desapareciendo antes de la próxima toma.

Las molestias más frecuentemente señaladas por los pacientes son la constipación, sequedad de boca y ciertas alteraciones visuales pasajeras. En otras ocasiones y más raramente, somnolencia, sensación de debilidad, dificultad en la micción, sensación de vacilación, temblor, etc., pero estas anomalías desaparecen al suprimir la medicación; se presentan sólo en pacientes con déficit en la función renal y pueden obviarse disminuyendo las dosis y espaciando el intervalo que media entre las tomas.

A igualdad de efectos, las dosis eficaces de pempidina son, en general, un 60 por ciento más bajas que las de la mecamilamina, mientras que la dosis letal es de tres o cuatro veces más alta para la pempidina.

DE DALMASES GOSÉ, R.—«Hiperostosis anquilosante vertebral senil.»

Se hace el estudio de siete casos de la referida entidad que individualizaron, en 1950, Forestier y Rotés Querol. La describieron primitivamente como una afección netamente vertebral, anquilosante, asignándole los siguientes caracteres: clínicos, afectación exclusiva del sexo masculino, aparición en edad avanzada, sesenta y tres años de promedio, rigidez vertebral sin fenómenos dolorosos, en unos casos, y muy discretos, en otros; radiológicos, imagen típica, especialmente aparente en la radiografía de perfil del raquis dorsal, constituída por una osificación en forma de cinta continua adosada a la cara anterior de los cuerpos vertebrales. Con menor regularidad se afecta también la región cervical y lumbar, con más frecuencia esta última, en donde el proceso de osificación aparece discontinuo, con una morfología singular, en exuberantes «llamas de bujía»: anatomopatológicos, que estriban en la osificación de las fibras cortas, profundas, del ligamento común vertebral anterior, pudiendo separarse de esta formación las fibras superficiales, medias, que no toman parte en el proceso.

Posteriormente, se ocupan de este síndrome, en sendas publicaciones, Ott, Smith, Forestier y Certonciny, etc., describiendo osificaciones extrarraquídeas de los miembros y otras regiones del cuerpo, y la participación en el mismo del sexo femenino, ampliando el primitivo concepto en el sentido de tratarse de una afección de carácter general.

De la casuística presentada en esta comunicación, con las reservas que impone su número limitado, el autor juzga conveniente subrayar: *a*) La participación de ambos sexos, pero con predominio del masculino (seis varones por una hembra). *b*) La posibilidad de su aparición en edades más tempranas de la vida, pues en el caso más joven de los presentados, cuarenta y ocho años, la primera manifestación clínica data de quince años, es decir, que tuvo lugar a los treinta y tres. *c*) La coexistencia de este síndrome, en uno de los pacientes, con una metástasis vertebral de neo de próstata. *d*) La afectación de las articulaciones sacroilíacas en uno de los pacientes, en el cual las características clínicas y radiológicas de columna vertebral coinciden exactamente con las asignadas al síndrome en cuestión, presentando la articulación sacro-ilíaca una alteración que, si bien ofrece cierta semejanza con la de la espóndiloartritis anqui-

lopoyética, no coincide exactamente con ella. *e)* La coincidencia en dos casos de la misma manifestación clínica en su comienzo; en efecto, en ambos se revela el síndrome por un crujido en la región lumbar, seguido de intenso dolor y defensa, al hacer un movimiento forzado de flexión del tronco.

Considera de importancia práctica el conocimiento de esta entidad, por cuanto, dada la semejanza que ofrece en determinados casos con la espóndiloartritis anquilopoyética y la espondilosis, puede prestarse a confusión diagnóstica, induciendo al médico, con más o menos grave detrimento para el enfermo, a un pronóstico y a una terapéutica errónea.

GÓMEZ Y GÓMEZ, A.—«LA ESPLENOPORTOGRAFÍA: PRESENTACIÓN DE CASOS.»

En la exposición de esta comunicación se mencionan los precursores de esta nueva exploración radiológica, iniciada en el año 1951, para el estudio de la circulación portal. Asimismo se describe la técnica de la esplenoportografía trasparietal. Para esta exploración, aunque su realización no presenta dificultades y es prácticamente inocua, debe, no obstante, hospitalizarse al enfermo durante veinticuatro horas, como medida de precaución indispensable, porque pueden acaecer accidentes hemorrágicos.

Presentamos una serie de esplenoportografías realizadas en nuestro Servicio de Gastroenterología, en colaboración con el doctor Manchón, Jefe del Servicio de Radiología, de los siguientes casos: *a(* Esplenoportografía normal; *b)* tres esplenoportografías, correspondientes a tres enfermos de cirrosis hepática, en distintas fases de evolución; *c)* esplenoportografías de una enferma con varios quistes hidatídicos en el hígado, que fueron realizadas antes y cuatro meses después de la intervención quirúrgica; *d)* esplenoportografía de una enferma con quiste hidatídico abierto en árbol bronquial derecho.

Son muchas las posibilidades diagnósticas que ofrece la esplenoportografía, no sólo para la fisiología patológica de la circulación portal, sino también para las enfermedades de sus órganos satélites: hígado, páncreas y bazo.

Finalmente, se hace resaltar que la esplenoportografía, al hacer patente un «shunts» portacavas espontáneas, por ejemplo en la cirrosis hepática, nos proporciona también una valiosa orientación para el régimen alimenticio de estos enfermos, porque en todos los casos en los que exista dichos «shunts» debemos restringir al mínimo la cantidad de proteínas de la dieta, con el fin de evitar o retardar, en lo posible, el cuadro clínico de la encefalopatía portacava de Sherlock, que equivale a la intoxicación cárnea descrita por Mann en el perro. Esta intoxicación, como es sabido, se produce experimentalmente en el perro cuando se le practica una fístula de Eck y se le somete a una alimentación hiperprotéica.

SESIÓN DEL DÍA 13 DE MAYO DE 1960

RIBAS LLISÓ, E.—«REEDUCACIÓN RESPIRATORIA EN EL ASMA BRONQUIAL Y ENFISEMA PULMONAR.»

Para corregir los defectos que se producen en la respiración y tórax de estos enfermos, se ha establecido un programa de reeducación respiratoria, cuya síntesis damos a continuación:

Ante todo, debe tranquilizarse al enfermo, dándole confianza en su mejoría. Intentaremos modificar las deformaciones torácicas que hayan aparecido mediante ejercicios relajadores, masajes para vencer las contracturas musculares, ejercicios gimnásticos encaminados a mejorar la dinámica de los músculos abdominales y, con ello, la del diafragma.

Se insistirá en que la expiración sea, al menos, el doble de extensa que la inspiración, continua, suave y regular. La inspiración no debe ser demasiado amplia ni violenta, debe practicarse con la nariz y ser voluntariamente incompleta. Recordaremos al enfermo que la respiración normal debe tener las siguientes características: 1.º La diafragmática: en la inspiración el vientre debe estar relajado y la parte inferior del tórax dilatada; en la expiración, el vientre debe estar hundido y las costillas abajadas. 2.º En la respiración total: en la inspiración el vientre relajado, costillas inferiores levantadas, costillas superiores separadas hacia delante, y los hombros, que no deben moverse en todo el ciclo respiratorio, bajos; en la expiración los músculos abdominales contraídos, y las costillas superiores e inferiores, bajas.

Ya conseguido que el enfermo sepa respirar en reposo, es muy importante instruirle para que coordine su respiración con los esfuerzos musculares más habituales y en las posiciones más frecuentes, esto es, de pie, sentado y echado.

El ritmo de sesiones educativas debe adaptarse al estado del paciente y a su comprensión. Al repetir todo lo que le enseñamos, se crea el hábito, que posteriormente se torna en automatismo, si bien hemos de reconocer que llegar a ello es difícil.

Los resultados que se obtienen son más subjetivos que objetivos, ya que la espirografía no refleja casi nunca la mejoría conseguida, si bien a rayos X se suele apreciar una mayor coordinación del juego costodiafragmático. Subjetivamente, el enfermo, con la respiración controlada, logra abortar alguna crisis de disnea, hacer que sean menos intensas, mejorando las posibilidades de esfuerzo.

OBACH BENACH, J.—«SÍNDROMES ANGOROIDES EN RELACIÓN CON CERVICOPATÍAS DEGENERATIVAS.»

En la revisión hecha en 2.700 historias clínicas, en nuestro Servicio de Reumatología, hemos hallado setenta casos de cervicopatías degenerativas, de las cuales tres presentaban un falso síndrome de insuficiencia coronaria. En porcentajes, representa un 4'3 por ciento.

Revisada la bibliografía, no encontramos ningún autor que dé porcentajes; es de destacar, sin embargo, la importancia que tiene que de cada cien enfermos con espóndiloartrosis o espondilosis cervicales en fase de brote, cuatro presenten falsos síndromes de angor.

La producción de los dolores se debe a la irritación de las raíces nerviosas cervicales 5, 6 y 7, que por vías hasta ahora desconocidas se relacionan con fibras nerviosas de origen cardíaco.

Según se ha demostrado, las lesiones óseas o articulares que dan lugar a esta irritación son múltiples y variadas en su localización cervical; siempre, claro está, de tipo degenerativo y situadas en el 1/3 inferior.

Nuestros tres casos presentaron dos espondilosis, y uno con una megapófisis de séptima cervical.

En cuanto a la clínica de dichos casos, se caracterizó porque en dos de ellos presentaron únicamente precordialgias, y en uno estaban asociadas a una cérvicobraquialitis.

Es importante resaltar que pueden presentarse síndromes de angor verdadero, asociados a manifestaciones de origen cervical, y en los que la vertebroterapia los mejora mucho.

PRADES PLÁ, J.—«TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS SORDERAS POR ANQUILOSIS ESTAPEDO-VESTIBULAR.»

En esta comunicación se hace referencia a las indicaciones, técnicas y resultados del tratamiento quirúrgico de las sorderas por fijación del estribo.

De las indicaciones la primordial es la otoesclerosis, pero se insiste en la posibilidad de una recuperación quirúrgica en todos los casos de anquilosis del estribo que, aunque desde el punto de vista etiopatogenético y anatomopatológico difieren del proceso otoescleroso, desde el punto de vista clínico la hipoacusia es similar.

De las técnicas empleadas, la fenestración del conducto semicircular sólo es citada, puesto que su técnica está bien reglada, desde hace tiempo, con resultados positivos y bien conocidos. Consideramos que tiene más interés especulativo la cirugía del estribo, cuyas técnicas, unas aceptadas por todos, otras no tanto, y, finalmente, un grupo que aún está en el terreno experimental, ofrecen grandes posibilidades para un porvenir no lejano.

Los resultados están íntimamente ligados, en la selección de los casos, con el empleo de una técnica depurada. En general, la cirugía directa del estribo da un 65 por ciento de buenos resultados funcionales.

Los resultados de nuestros casos los agrupamos según la técnica quirúrgica empleada.

MIGUEL POUS, A.—«DUODENOGRAFÍA HIPOTÓNICA.»

Se presenta una técnica de exploración radiológica del marco duodenal que, introducida en 1957 por el argentino doctor Domingo Liotta, se llama «duodenografía hipotónica».

La duodenografía hipotónica consiste en provocar, primero, una atonía del duodeno por medios farmacológicos —Antrenil en nuestro caso—, y, en segundo lugar, inyectar contraste baritado a presión para rellenar el duodeno.

Se estudia la técnica, que comporta un previo sondaje duodenal. La primera maniobra es colocar la sonda duodenal; después se inyecta de 4 a 8 mgr. de Antrenil intramuscular, a los treinta o cuarenta minutos después de la inyección la hipotonia ya es suficiente y, con el paciente en decúbito dorsal, se procede, bajo control radioscópico, a inyectar el contraste con una jeringa de cien a doscientos centímetros cúbicos y a la presión máxima que tolere la jeringa. Se van tomando radiografías seriadas y en las diversas oblicuas para visualizar bien el marco duodenal.

Son tributarios de exploración por duodenografía hipotónica todos los enfermos con cuadros dolorosos epigástricos, con semilogía colecística o coledociana y con ictericia obstructiva.

El borde interno de la segunda porción del duodeno presenta modificaciones en su morfología cuando hay cálculos en el extremo externo del colédoco, en los tumores vaterianos, en las pancreatitis crónicas, en los tumores de la cabeza del páncreas, en los quistes pancreáticos, etc., modificaciones

ellas que constituyen signos radiológicos para el diagnóstico.

El autor presenta una serie de dieciséis exploraciones por duodenografía hipotónica efectuadas en el Servicio de Radiología del Hospital Municipal de Nuestra Señora de la Esperanza, en las que se pone de manifiesto las posibilidades diagnósticas de la técnica duodenográfica y se observan imágenes típicas de modificación del borde interno del marco duodenal.

MÁS OLIVER, J.—«EVISCERACIONES Y HERNIAS POSTOPERATORIAS.»

CUANDO la dehiscencia de la herida operatoria abdominal suturada interesa todos sus planos se produce la evisceración. Si la piel resiste la separación de los planos musculares y aponeuróticos se manifestará más tarde con una hernia.

Son muchos los factores que pueden favorecer la separación total o parcial de los bordes de la herida suturada; pero los hay sobresalientes, y únicamente vamos a ocuparnos de éstos.

Las laparatomías que resultan más afectadas son las medias, y de entre ellas, especialmente, las supraumbilicales.

Todos los casos observados por nosotros se produjeron por aumentos manifiestos e intermitentes de la presión abdominal, la mayoría de las veces sobreañadidos a una distensión permanente de la pared por gases de evacuación difícil.

Es evidente que hay evisceraciones y hernias postoperatorias consecutivas a suturas diferentes y a la omisión de cuidados preventivos preoperatorios y postoperatorios que se han demostrado eficaces. Pero según nuestras observaciones se producen también, y a veces únicamente, como consecuencia de un hecho que no deriva de la pericia con que la sutura haya sido practicada, puesto que resultan de la sección de los tejidos por los hilos de sutura. No es que se hayan roto los puntos, cedido sus nudos, ni que aquéllos hayan sido puestos apretados con exceso, etc., sino que, simplemente, los tejidos fueron cortados al oponerse a los esfuerzos de separación.

En la laparotomía media supraumbilical y precisamente en la clásicamente correcta, o sea, que sigue con rigor la línea alba, es en la que la sección, hasta sólo parcial de los tejidos aponeuróticos, produce más fácilmente consecuencias peligrosas, ya que separa los bordes suturados del único plano contentivo eficaz. Por ello resulta ser en la que con más frecuencia es dado observar, además de las evisceraciones de todos modos afortunadamente raras, la presencia de hernias, más o menos vo'uminosas, y también la de otras más pequeñas y, a veces, múltiples, producidas en el lugar en que los labios de la aponeurosis, sin llegar a separarse, fueron simplemente seccionados.

Preventivamente, es necesario atender a las causas de edematización de las heridas que, al reblandecer las estructuras en que se apoyan los puntos, debilita considerablemente su resistencia al corte.

Es de recomendar el uso de incisiones pararrectales internas que respeten totalmente la inervación muscular, y la de incisiones transversas u oblicuas que permitan la máxima conservación de aquélla y, además, una reconstrucción basada en el adosamiento de superficies y no de bordes de muy escaso grosor.

Para la laparatomía media supraumbilical, tan frecuentemente empleada por todos, da excelentes resultados reconstruir el plano aponeurótico mediante una sutura por imbricación. Mediante este artificio hemos obtenido regularmente, y hasta ahora, una reconstrucción que nos ha puesto a cubierto de evisceraciones y hernias postoperatorias.

Para una dehiscencia, total o parcial, con o sin evisceración, que obligue a una intervención inmediata, prestará buenos resultados el caso de nuestros tensores metálicos, que permiten un adosamiento firme de los tejidos separados, con isquemia mínima y sin comprometer la piel.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960
SECCIÓN VARIA

LOS MILAGROS DE LOURDES Y LA CIENCIA MÉDICA

POR EL
PROF. NICOLA PENDE
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE PATOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD
ROMA

Los milagros de Jesús, como los obrados por la intercesión de la Virgen de Lourdes, dieron a la Medicina un gran relieve en la historia del cristianismo y en la propagación de nuestra fe. Ya S. S. Pío X decía al doctor Boissarie, gran médico de Lourdes: «El servicio prestado por las investigaciones médicas de Lourdes vale tanto como una basílica»; y Pío XI declaraba también al doctor Vallet y a todos los médicos de la Unión Internacional de Lourdes: «Los médicos precisan de la Virgen Santísima, pero la Virgen Santísima también precisa de los médicos para la comprobación de sus milagros».

Por tanto, los médicos, ennoblecidos e iluminados por la fe cristiana, somos y seremos siempre indispensables en la misión de convertir a los incrédulos a la religión de Cristo, convenciéndolos de la realidad sobrenatural de los milagros de curación y refutando las objeciones suscitadas por la duda y por el escepticismo de innumerables médicos y no médicos, que ofuscados por el materialismo y por el mecanicismo biológico, juzgan poder interpretar los milagros según las leyes naturales, como, por ejemplo, por la gran influencia que el psiquismo puede ejercer sobre el cuerpo.

Pero sucede que nosotros testimoniamos la realidad sobrenatural de los milagros con argumentos irrefutables, esto es, con la más absoluta objetividad de observación, con lógica científica y con la más segura experiencia médica; la cual nos dice, que ni ahora ni en el futuro, incluso con los eventuales e inesperados progresos de la ciencia y del arte médico, se podrá nunca, solamente con las fuerzas naturales del paciente y con los descubrimientos de la medicina, hacer lo que en el campo de la enfermedad y de la curación, hizo, hace y hará, la Virgen de Lourdes.

¿Cuáles son los criterios científicos que un médico, leal y objetivo, puede presentar ante el tribunal de la Iglesia para asegurar que se trata de un auténtico milagro de origen divino?

* Traducción directa del original por don Ricardo Horno Liria.

El primero entre todos los criterios puede ser el siguiente: Que la enfermedad, tratada por todos los medios que la ciencia tiene hoy a su alcance, haya sido juzgada *incurable*. Pero esto por sí solo no basta, pues este criterio en sí no es suficiente, ya que se puede objetar que aquello que la ciencia médica no ha conseguido curar hasta hoy —por ejemplo, un cáncer, una leucemia, una linfogranulomatosis maligna, una forma grave de locura—, puede ser dominado mañana por nuevas conquistas de la medicina.

Más decisivo también es el hecho de que una enfermedad, hasta hoy incurable, tenga, por así decir, devastado el cuerpo del paciente, hasta el punto de reducir la impotencia funcional de los órganos fundamentales, como el cerebro, los pulmones, el corazón o el tejido constitutivo de la sangre.

Cuando en un enfermo existen tales lesiones anatómicas de carácter destructivo, que lo reducen a un estado precario, entre la vida y la muerte, si de un día para otro, por gracia divina, sobrevive hasta la curación completa, estamos indiscutiblemente ante un milagro incontestable.

Un segundo criterio también, todavía más inatacable que el primero, es la *instantaneidad de la curación* del caso antes referido con gravísimas lesiones morbosas.

Entretanto, es verdad que nosotros, médicos, podemos ver una curación instantánea también en casos morbosos aparentemente graves y desesperados, como una parálisis antigua de las dos piernas, una paresia de las cuerdas bucales que haya ocasionado un largo mutismo, o como en un caso mío «milagroso» de parálisis de la deglución, en que una señora no podía ingerir alimento alguno desde hacía varios años; o en casos de alteraciones mentales, u otros de úlcera gastroduodenal, o grandes hemorragias de larga duración, de graves perturbaciones circulatorias, de ciertas enfermedades crónicas pulmonares, como el asma, o de enfermedades articulares reumatoides que inmovilizan completamente al paciente.

Se trata aquí de una serie de estados morbosos de origen funcional nervioso psicogénico, que pueden surgir de repente por un influjo de la psíquis sobre el cuerpo, como pueden también desaparecer súbita y rápidamente, debido a esos mismos influjos psíquicos. Pero en estos casos, no estamos ante lesiones anatómicas demostrables, y, mucho menos, ante graves lesiones destructivas difícilmente reparables, sobre todo de un momento a otro.

Aparte, en los milagros verdaderamente indiscutibles podemos asistir a una cura milagrosa que ningún genio médico podría nunca realizar, y esto por intervención divina, viéndose a las lesiones orgánicas destructivas desaparecer instantáneamente y al enfermo quedar definitivamente curado, sin que persista ninguna señal de un anterior proceso morboso, como un cáncer o una tuberculosis avanzada; y lo que para todos es más espantable desde el punto de vista de la realidad del milagro: la *curación repentina*, no obstante las lesiones anatómicas del órgano. Por ejemplo, un ojo ciego por lesiones graves del cristalino, y de la retina, donde esas lesiones pueden persistir como si la función del órgano se tornase independiente a la estructura anatómica de éste. En suma, la fisiología, en estos milagros, se disocia de la anatomía y de la patología; y el órgano gravemente alterado y que no funcionaba, vuelve otra vez a funcionar, contra todas las leyes fisiológicas en las que se fundamenta todo el edificio de la ciencia médica.

Recordemos un ejemplo de este maravilloso tipo de milagro.

Hace algunos años, como miembro de la Comisión Médica de la Sagrada Congregación de Ritos, tuve que dar mi impresión sobre un milagro operado por la

intercesión de la beata Catalina Labouré. Se trataba de una javen lega, que vivía en el convento, ciega desde hacía ya muchos años por una grave alteración de la retina y de la coroides, como habían confirmado en repetidos exámenes y observaciones varios oftalmólogos. Todos habían considerado aquella ceguera como incurable.

Durante la novena hecha para la beatificación de la hermana Catalina, llevaron a la iglesia a la ciega, que se asoció con todo fervor a la oración de sus compañeras implorando su curación.

Cuando la novena estaba a punto de terminar, la joven, una mañana, levantó los ojos hacia la bóveda de la iglesia y dijo a su compañera más próxima: «¡Pero si veo los ángeles pintados en la bóveda!» Desde aquel momento recuperó la vista completa y definitivamente.

Los oftalmólogos constataron la persistencia de graves lesiones oculares por las cuales habían declarado aquella ceguera como incurable, y unos a otros se preguntaban: «¿Pero cómo hará para ver?»

Esto es el milagro, el verdadero milagro: sólo Dios puede suspender temporalmente, por un acto de misericordia, las leyes anatomofisiológicas naturales de la visión. ¿Qué genio médico podría realizar con un órgano, en circunstancias semejantes, las modificaciones necesarias en sus tejidos para que la función retorne y continúe funcionando?

Aquí se ve cómo la medicina científica, incluso la más racional y objetiva, no puede negar el milagro. En Lourdes nos lo dejó escrito uno de los mayores genios de la biología de nuestro tiempo, Alexis Carrel, el célebre autor francés del libro «El hombre, ese desconocido».

El científico que obtuvo en 1912 el premio Nobel por sus maravillosos descubrimientos de sutura y anastomosis vascular, por la trasplantación de órganos de un individuo a otro, por el cultivo y supervivencia de tejidos y órganos, como el corazón, por ejemplo, en el exterior del organismo; Carrel me honraba con su amistad, y en 1936-37 estuvo viviendo en mi casa de Roma, juntamente con el grande y célebre pionero de la aviación intercontinental, Lindberg. Este, como ingeniero, había construído con Carrel un aparato que permitía alimentar y hacer sobrevivir los órganos fuera del organismo. Habían venido a Roma para continuar conmigo estas experiencia sobre las glándulas endocrinas, hecho, que si hubiese tenido éxito, habría alcanzado una enorme importancia práctica. Pero la guerra de 1939 interrumpió aquellas magníficas y prometedoras investigaciones.

En 1903, Carrel era un joven recién licenciado en la Universidad de Lyon, que tenía ante sí una carrera brillante y una posición profesional destacada, pero habiendo frecuentado asiduamente las salas de cirugía de la Universidad, sentía ya un gran entusiasmo y un ansia de descubrir nuevas técnicas quirúrgicas.

Un día del mes de mayo de 1903, partió de Lyon un convoy de peregrinos enfermos para el Santuario de Lourdes. En el último momento, el médico que debía acompañarlos no pudo hacerlo y pidió a Carrel que le sustituyera, lo que éste hizo con entusiasmo, pues tenía grandes deseos de someter a su juicio crítico y severo, desconsiderado y sin prejuicios, los fenómenos milagrosos de Lourdes.

Durante el largo viaje tuvo muchas veces que reanimar con inyecciones de alcanfor y éter a una muchachita que viajaba acostada en el asiento, esquelética, con corazón desfalleciente, con las piernas hinchadas, y frecuentemente con pulso filiforme. Había sufrido una pleuresía tuberculosa algunos años antes y su padre murió de una hemoptisis. Ahora tenía el vientre hinchado, y a través de la piel

se palpaban masas caseosas debidas a la avanzada peritonitis tuberculosa; estaba prácticamente agonizante y todos los peregrinos pensaban que ya no llegaría viva a la piscina de Lourdes. Llegados, por fin, a Lourdes, Carrel mandó trasportarla con todo cuidado, en una camilla, a la piscina, y ni por un solo instante desvió sus ojos de aquella pequeña moribunda.



LINDBERG

La gruta, bajo las rocas de Massabielle, brilla con la llama de mil velas y resuena con los rezos de mil voces fervorosas de la multitud que reza a la Virgen. De repente le pareció a Carrel que el semblante de la enferma cambiaba y que los reflejos azulados le desaparecían del rostro. «Es una alucinación», dice Carrel para sí, y escribe en el puño de su camisa la hora exacta de la iniciación del milagro: las 2'40. Después, atraído por los ojos extáticos de la jovencita, que intentaba erguirse en su camilla, va junto a ella y le toma el pulso que ahora latía a ochenta, palpa el vientre, ahora fláccido y vacío, y le pregunta: «¿Cómo te sientes?», y oye responderle una voz baja, pero limpia: «Siento que estoy curada». En efecto, estaba curada, y en el mismo año, el 6 de diciembre de 1903, entró en la orden de las Religiosas de San Vicente de Paúl, donde sirvió hasta su muerte, ocurrida el 22 de febrero de 1954.

En el registro de las investigaciones médicas de Lourdes, Carrel firmó el testimonio del hecho. Después de lo referido, queda como obcecado por lo ocurrido, atormentado y dubitativo, ante la conciencia de haber hecho una observación objetiva del fenómeno desarrollado ante sus ojos de médico, y su voluntad de no creer nada, de esperar, y también de no quedar públicamente ligado a una historia de milagros.



DOCTOR CARREL

Continuaba fiel a su principio científico, observar imparcialmente, sin odio ni amor. Pero sentía el deseo de poder creer. Quedó de tal modo perplejo, que durante algún tiempo cesó de frecuentar las salas de los hospitales y se dedicó a vagar por exposiciones y museos de arte, más que por las salas de cirugía. Entretanto escuchaba con gran interés a un célebre predicador de ese tiempo, a Loisy de Huysmann. Ya la luz de Cristo comenzaba a iluminar las tinieblas de su escepticismo religioso. Retiróse a una montaña y dejó publicar en los periódicos su testimonio del milagro. Como era natural, éste fue recibido con ironía por sus colegas («¡médicus médico lupissimus!») y por los profesores universitarios, que llegaron a decirle que no se presentase más a los concursos de los hospitales.

Viéndose menospreciado y maltratado en un mundo materialista y corrompido que le despreciaba, se aisló casi ascéticamente de sus colegas, en cuanto su gran espíritu, ya tocado por la gracia divina, comenzaba a ascender a un nuevo plano de elevación moral, con el ansia de alcanzar a toda costa la realidad de la verdad divina.

Se estableció así un verdadero divorcio moral entre él y el ambiente universitario que cada vez más le impulsaba a emigrar hacia América. En 1904, en un pequeño navío, levó anclas de Burdeos al Canadá, decidido a abandonar la cirugía y dedicarse a la cría de animales. Una vez en América, al tener conocimiento de que el gran banquero Rockefeller había hecho una donación de doscientos millones de dólares para un gran instituto de investigaciones científico-médicas, va a Nueva York, donde publica algunos de sus primeros e impresionantes experimentos; el éxito de la trasplantación de un riñón sostenido por sus conexiones e injertado en el cuello de otro animal; el riñón continuaba funcionando mediante la anastomosis de la arteria y vena renal del primer animal con la carótida y con la vena yugular del animal operado. El director del «Rockefeller», profesor Flexner, quedó tan impresionado que llamó a Carrel, primero como interno, después como asistente, y más tarde como miembro agregado al instituto. Comienza así su prodigiosa ascensión, gracias a sus experiencias de injertos de órganos con anastomosis de los vasos, después con los cultivos de tejidos y órganos fuera del cuerpo.

Una noche de 1909 es llamado con urgencia a la cabecera de una recién nacida de tres días que agonizaba con una hemorragia que los médicos no conseguían detener. Carrel ordena a sus colegas que disequen la vena poplítea de aquella niñita que ya no respiraba, y al mismo tiempo descubre toda la arteria radial del codo al pulso, del padre de la criatura. Con una aguja finísima y un hilo invisible, cose y une la arteria radial del padre con la vena poplítea de la recién nacida: la sangre corre abundantemente del padre a la hija, que algunos segundos después tiene ya un tono sonrosado en el rostro, en las orejas, en todo el cuerpo, y vuelve a respirar y a gritar. Esta criatura se coloca al pecho de su madre y succiona ávidamente. Está salvada.

La noticia del «milagro» operado por la insuperable ciencia de Carrel da la vuelta al mundo en un instante. Entretanto, y en cuanto no trabaja en el «Rockefeller», va cuatro veces al Santuario de Lourdes entre 1909 y 1912. En este último año recibe la noticia de habérsele concedido el premio Nobel. La Virgen de Lourdes le ha colmado con sus gracias y con su auxilio, ha permitido también este «milagro» de su arte quirúrgico.

Muere como un verdadero cristiano a los 71 años de edad, después de haber sufrido una innoble campaña debida a la envidia, a los celos, y a la maledicencia y al partidismo político de sus colegas franceses, que llegaron a acusarlo de colaboracionismo con los alemanes durante la guerra de liberación. Muere de disgustos, pero cristianamente, porque ya entonces estaba totalmente convertido e inundado por la luz de la Virgen de Lourdes. Este milagro de la conversión de este gran científico, primeramente tan incrédulo, debe colocarse al lado de otro de los milagros que la Virgen había obrado también algunos años antes, bajo los ojos del escéptico médico Carrel, en aquella muchachita curada súbitamente de una tuberculosis peritoneal.

Entre tantos milagros de Lourdes, quise recordar éste, porque fue presenciado por uno de los mayores genios de la medicina contemporánea, Alexis Carrel. Quise recordar también a este gran amigo, para demostrar igualmente que tal testimonio por parte de un médico en el ambiente de egoísmo, utilitarismo y animalismo en que vivimos, y la conversión de un médico a la fe de Cristo, pueden costar la vida al testimoniar la verdad divina. Pero el martirio es suave cuando se sufre y se muere feliz por haber aportado una pequeña piedrecita de nuestra pobre ciencia y de nuestro limitado intelecto, al edificio eterno de la doctrina de amor y de humildad del Hombre-Dios, y a una pequeña prueba del reconocimiento y de la misericordia infinita de su Madre Inmaculada.



Publicado en «*Acção Médica*», núm. 96. Lisboa (Portugal).

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 414 - TOMO LXX
SEPTIEMBRE 1960
SECCIÓN VARIA

BIOLOGÍA Y PATOLOGÍA EN LAS PÁGINAS DE «DON QUIJOTE DE LA MANCHA»

POR EL

DR. LEOPOLDO CORTEJOSO VILLANUEVA

ACADÉMICO DE NÚMERO DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA Y BELLAS ARTES

VALLADOLID

La vida y la historia se nos aparecen estrechamente unidas a través de minúsculas anécdotas que, sin embargo, nos dan la medida exacta del valor de las cosas. Digo esto recordando que, en cierta ocasión, Richard Blackmore se atrevió a preguntar a Sydenham acerca de qué libro le sería más útil para perfeccionar sus conocimientos médicos. Con gran sorpresa suya, el gran clínico inglés respondió sin titubear:

—Leed el *Quijote*.

A buen seguro, más de un espíritu superficial se habrá quedado estupefacto al conocer esta anécdota. ¿El *Quijote*? ¿Una novela, que hoy diríamos de aventuras, ensalzada como exponente del saber médico de su época? Entre las muchas y peregrinas interpretaciones que se han hecho del inmortal libro, he aquí la que puede parecer más sorprendente. Y, sin embargo, nada más ajustado a la verdad. Contra lo que pudiera creerse a primera vista, *Don Quijote de la Mancha* no es la historia de un loco genial que marcha por esos mundos de Dios haciendo gala de una generosidad a prueba de fracasos y ridículos. Están en él simbolizadas, por lo pronto, dos posturas antitéticas del alma humana: la espiritual y la material. Hasta en sus figuras contrapuestas, el hidalgo caballero Alonso de Quijano representa la asoesis, la tendencia del alma humana a subir, a estilizarse y consumirse en el puro goce del sacrificio, en tanto que la chata humanidad de Sancho, el escudero, vive a flor de tierra y se dilata saboreando las eutrapélicas satisfacciones del instinto. Ya esta clara sistematización biotipológica, lograda nada menos que en 1605, dice mucho acerca de la intuición cervantina. Pero las páginas de *Don Quijote de la Mancha* son fuente inagotable de muchas más enseñanzas y sugerencias. De aquí que un español, escritor y médico por añadidura, se crea obligado a revalorizar la anécdota de Sydenham justificándola de paso con la aportación de datos por demás interesantes.

En realidad, no cabe hacer una rotunda separación de lo biológico y lo pato-

Comunicación presentada al IV Congreso Internacional de Escritores Médicos. Montecatini (Italia), 1960.

lógico en la obra cervantina. Y no cabe, sencillamente, porque en toda obra literaria de tipo narrativo lo que nos interesa sobremanera es lo afectivo, lo que cala más hondo en nuestro espíritu abierto a la capción del mundo que el escritor nos ofrece. Por consiguiente, los elementos imaginativos y los lógicos o conceptuales han de estar estrechamente unidos si se quiere dar sensación de realidad, y es justamente en estas obras geniales donde la intuición literaria y la científica se unen con lazos más entrañables de lo que a primera vista podría parecer. Lo único que cabe añadir es que en esta gran obra de Cervantes la humana naturaleza se desprende de sus páginas con intenso vigor, lo mismo cuando se trata de la salud que de la enfermedad. Que no en vano las fronteras entre ambos estados son harto sutiles y quebradizas.

De todos modos, y puesto que en esta tarea me he embarcado gustosamente, conviene puntualizar algunos aspectos de la obra cervantina. Comencemos por este mismo de la salud y la enfermedad.

Sostiénese por algunos que la emulación de la gloria de Lope de Vega fue el motivo principal que llevó a Miguel de Cervantes a la creación del *Quijote*. Pues bien, si Lope de Vega fue un saludable estímulo para la creación literaria, no lo fue, en cambio, para servir de modelo, y así se da el caso de que mientras en el teatro de Lope de Vega la idea de enfermedad tiene un sentido teológico, interpretándose esencialmente como castigo divino, en Cervantes es más bien consecuencia de la vida desarreglada, tanto en el trabajo como en el comer y beber o en la no sujeción a las normas higiénicas tenidas entonces por válidas, sin que falte tampoco el consabido influjo de las estrellas. Hay, pues, una diferencia capital entre el modo de enfermar y las causas del mismo en ambos escritores. La Medicina de la época, siguiendo a Galeno, estima que la perturbación de la salud viene de fuera; mas Cervantes hace tal hincapié en las ventajas de una buena dietética, que para él el equilibrio de los humores se basa principalmente en lo que el hombre hace o deja de hacer. En nuestra época se le hubiera tenido, sin duda alguna, por un paladín de la Medicina preventiva, y a este propósito vale la pena recoger las palabras que Cervantes pone en boca del doctor Recio de Tirteafuera, el cual confiesa que él no cura las enfermedades cuando las hay, sino que las previene «para que no se vengan».

No hay más que espigar en las páginas del *Quijote* para topar a cada paso con esta sensatez, puesta unas veces en boca del caballero andante y otras en la de sus personajes. Ya al comienzo de la obra se dice del propio don Quijote que se pasaba «las noches de claro en claro y los días de turbio en turbio; y así, del poco dormir y del mucho leer, se le secó el celebro», siendo ésta la causa directa de su locura. Pero la preocupación del novelista por las razones íntimas que regulan la salud se advierte en otras muchas normas, especialmente alimenticias: «Come poco y cena más poco —le dice don Quijote a Sancho—, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago». La alusión a los desmanes dietéticos, tan frecuentes en esa época, es certera: bien está alimentarse, puesto que «el trabajo y peso de las armas no se puede llevar sin el gobierno de las tripas», como se lee en el capítulo segundo; pero la moderación se impone si se quiere conservar en buen uso la fábrica del cuerpo.

Acaso por esto, las mayores diatribas y los más sanos consejos en este orden de cosas son los que don Quijote dirige a Sancho, comilón empedernido, que en su Insula Barataria sufre los mayores tormentos cuando, como una espada de Damocles, pende siempre sobre él la palabra del doctor Recio de Tirteafuera: «...y miro por su salud mucho más que por la mía, estudiando de noche y de día». Y también: «...el plato del otro manjar también le mandé quitar por ser demasiado caliente y tener muchas especies que acrecientan la sed; y el que mucho bebe mata y consume el húmedo radical donde consiste la vida...»

Este «húmedo radical» no puede ser otro, según Rodríguez Marín, que un cierto humor sutil y balsámico que los médicos de entonces pretendían era el que daba vigor y elasticidad a las fibras que forman la textura del cuerpo. De donde se infiere que Cervantes estaba muy al tanto de las doctrinas médicas de su tiempo. Lo prueba igualmente su conocimiento de la influencia, positiva o negativa, de los planetas sobre la salud y la enfermedad. Cuando uno de los disciplinantes da con don Quijote en tierra, el caballero, mal herido, escucha la sensata palabra de Sancho, que le invita a regresar a su casa, y entonces, asintiendo a este deseo, el de la Triste Figura responde:

—Dices bien, Sancho, que será gran prudencia dejar pasar el mal influjo de las estrellas.

Ya el ama y la sobrina pensaban que don Quijote había nacido bajo la influencia del planeta Marte, y de ahí su afición a las armas. Reiteradas veces vuelve Cervantes a considerar esta influencia astrológica. Era natural que así sucediera. Con esto no hace el novelista sino ser fiel intérprete de las doctrinas científicas de su época.



Retrato de Cervantes, por Juan de Jáuregui, que se conserva en la Real Academia Española.
(Foto Archivo.)

El motivo o la razón profunda e íntima de la Medicina y su vinculación al hombre a través de toda su existencia, se expresan así claramente en las páginas del *Quijote*. Parvo es el léxico anatómico que pone Cervantes en boca de sus personajes; pero, en cambio, sabe manejarle brillantemente cuando, en sentido figurado, trata de hacer resaltar lo afectivo, lo que gana por el sentimiento. «El ferido de punta de ausencia y el llagado de las telas del corazón», escribe en cierta ocasión a su amada Dulcinea del Toboso, queriendo expresar la tristeza del enamorado que no ve a su amada. Hay en estas palabras un sentimiento puramente romántico, y es que no son tanto las cosas del cuerpo como las del espíritu las que más valor tienen en la obra cervantina.

El cuerpo, para Cervantes y para otros muchos escritores de nuestro siglo de oro, se compone de los cuatro elementos clásicos de la Medicina galénica, y según el predominio de uno o de otro, así será el temperamento. Cervantes asimila tan bien estos conceptos, su intuición es tan genial, que aquí sí que no hay escritor de su tiempo que le iguale, y desde las más sencillas descripciones de personajes hasta el magistral documento biotipológico que supone la concepción literaria de don Quijote y Sancho, el número de ejemplos es abrumador. En el capítulo segundo del *Quijote* se pinta al ventero con esta breve y jugosa pincelada: «hombre que por ser muy gordo era muy pacífico». Más adelante, al hacer el retrato del bachi-

ller Sansón Carrasco, escribe de nuevo Cervantes: «tendría hasta veinticuatro años, carirredondo, de nariz chata y de boca grande, señales todas de ser de condición maliciosa y amigo de donaires y de burlas...» Ya en otro lugar del libro se dice de este mismo personaje que es socarrón, malicioso, decidido, resentido, de color «macilenta y biliosa». ¿Cabe mayor perfección dentro de la brevedad? Junto a lo físico, lo arquitectural, el rasgo psicológico dominante. Penetración de novelista que puede quedar como paradigma de bien hacer.

Párrafo aparte merecen, naturalmente, las figuras de don Quijote y Sancho. Imaginativamente, tanta es su perfección, tan bien conocidos por todos son estos dos grandes personajes, que se diría que más de una vez les hemos visto a nuestro lado, y eso que el doctor Goyanes advierte con razón que la interpretación tipológica cae de lleno en el área de la contextura racial o nacional corriente, y, por tanto, un holandés o un escandinavo no es fácil que se imaginen a don Quijote como le imaginamos los europeos meridionales. No es menester, sin embargo, dejarse llevar por la fantasía: los dos personajes antitéticos están en las páginas del libro inmortal tan bien elaborados, que se salen materialmente de él por su asombrosa vitalidad; no hay sino que enfrentarse con sus páginas para captar hasta en sus menores detalles esta gran lección de biotipología.

Dice Cervantes de don Quijote: «...era de complexión recia, seco de cuerpo, enjuto de rostro...», «las piernas eran muy largas y flacas, llenas de vello...», «estaba tan seco y amojamado, que no parecía sino hecho con carne momia».

A través de la palabra del bachiller Sansón Carrasco, la descripción es todavía más significativa: «...un hombre alto de cuerpo, seco de rostro, estirado y avellanado de miembros, entrecano, la nariz aguileña y algo curva, de bigotes negros, grandes y caídos».

Don Diego Miranda, el Caballero del Verde Gabán, después de asombrarse de su figura, le ve con estos ojos: «la longura de su cuello, la grandeza de su cuerpo, la flaqueza y amarillez de su rostro...»

A Sancho, tipo constitucional de la estirpe del ventero y el bachiller, se le pinta igualmente con breves y vigorosos trazos: «Tenía la barriga grande, el talle corto y las zancas largas». ¿Qué más hace falta para encajarle en una clasificación tipológica cualquiera? Basta con estar atentos a su filosofía de la vida y escuchar sus ingeniosas y positivas salidas de tono, para comprenderle en su totalidad.

Don Quijote y Sancho representan, pues, el leptosómico y el pícnico de la clasificación de Kretschmer, es decir, los dos polos opuestos de la biotipología humana. En el libro de Venzmer *Figura corporal y disposición anímica,* en trabajos de Marañón, de Pende; en *Constitución y carácter,* de Kretschmer; en el libro de Goyanes consagrado a la tipología cervantina, y en otros muchos estudios y comentarios, los dos personajes están presentes como prototipos insustituíbles. Lo que en ellos hay de opuesto en cuanto a arquitectura corporal, sentimiento y acción, sus cualidades psicosomáticas, en una palabra, son un acierto de Cervantes, tan definitivo, que psiquíatras y biotipólogos no han vacilado en exponerles como ejemplo. Cierto que la antropología nada tiene que hacer aquí, porque no son hombres de carne y hueso, y, por tanto, no es posible encasillarles en una tabla de valores. Mas si no son de carne y hueso, sí lo son de cuerpo y alma, y Cervantes les ha moldeado con tanto primor que ése es su mayor acierto: darles vida inmortal sin haber respirado el aire de este mundo.

Lo genial en don Quijote y Sancho, como hace resaltar Goyanes, es el encajamiento de lo psíquico en lo somático para lograr de este modo la personalidad completa. Así, el esquizoide y el ciclotímico aparecen en la novela cervantina

por primera vez en la historia de la literatura, con rasgos que nadie ha podido mejorar después. La característica del primero es el idealismo; la del segundo, el sentido práctico. Don Quijote persigue el logro de un orden de cosas inexistente, y surge el conflicto con el mundo que le rodea. Sancho es, frente a su amo, la expresión cabal de la cordura y de la sensatez.

En uno domina el dolor del alma; en otro, el del cuerpo. En el concepto de Jung, don Quijote es un ser de mente polarizada hacia dentro, un introvertido, mientras que Sancho es el extrovertido, el solicitado por todo lo de fuera y a ello consagrado, el atraído por la grosera realidad vital.

Juzgando esta antinomia es por lo que cabe pensar que estos personajes-clave de la gran novela no representan, en definitiva, más que la correlación cuerpo-espíritu, la eterna actitud vital humana frente al mundo sintetizada en un personaje ideal, único. Pero lanzarnos por este camino sería como salirnos del cauce obligado para acabar haciendo equilibrios sobre la cuerda floja de la especulación filosófica. Dejémoslo así.



ILUSTRACIÓN DEL «QUIJOTE» REALIZADA POR BERTHOLD MAHN. (De nuestro Archivo.)

Si lo puramente biológico está tan bien pergeñado como queda dicho, lo que se relaciona con la patología no le va a la zaga. Como es natural, también aquí Cervantes da fe de vida de lo que era la Medicina de su tiempo; pero con tanto acierto y prolijidad, que buena razón tenía Sydenham para aconsejar la lectura del *Quijote* a quien quería perfeccionar sus conocimientos. Aparecen, en cuanto a cuadros de medicina interna, múltiples procesos comunes, «sordez, cataratas, toses y reumas» entre ellos, pero sobre todo las temidas fiebres, que unas veces se identifican como palúdicas o como tifus exantemático y otras como ligadas a una larga

tisis. Así, por ejemplo, se lee en una ocasión: «—¿Y quién le mató?» «Dios, por medio de unas calenturas pestilentes que le dieron», una de las pocas veces que Cervantes culpa a la divinidad del hecho patológico; y en otra, refiriéndose a Sancho: «el cual comenzó a dar diente con diente como quien tiene frío de cuartana». Y en otra aún: «...una calentura lenta acaba la vida como la de un tabardillo», con lo cual, dicho sea de paso, viene a expresarse un mismo y fatal pronóstico, tanto para una enfermedad de curso lento como la tuberculosis, como para otra de marcha agudísima, como es el tifus exantemático.

Que la tisis era bien conocida por Cervantes se desprende no sólo de ésta, sino de otras muchas expresiones literarias que se encuentran en su obra. «De ético no se puede mover el pobre», se dice una vez, en son de burla, de un fraile gordo. «Estaba Rocinante maravillosamente pintado, tan largo y tendido, tan atenuado y flaco, con tanto espinazo, tan ético confirmado...» Y haciendo gala de sabroso donaire, refiriéndose a una extrema delgadez: «con las quijadas que por dentro se besaba la una con la otra...»

Una clara gastroenteritis se describe con ocasión de haberse tomado Sancho en la venta una ración del célebre «bálsamo de Fierabrás», y posibles casos de insuficiencia cardíaca congestiva hay en otros relatos, tal como en el que la dueña hace a don Quijote refiriéndose a otro personaje: «Y luego a dos fuentes que tiene en las dos piernas, por donde se desagua todo el mal humor que dicen los médicos que está llena», clara alusión a los efectos del clásico tratamiento derivativo. No faltan tampoco los casos urológicos: uno de los galeotes que aparecen en el capítulo XII es, seguramente, un prostático; él mismo confiesa: «...no espero volver (de las galeras) según me cargan los años y un mal de orina que llevo que no me deja reposar un rato».

Buscando pormenores, se encuentra el lector del *Quijote* con curiosas referencias a otros procesos; tal el de la muerte aparente, «pues ya se ha visto —dice Sancho— enterrar un desmayado creyendo ser muerto», sin que falten la creencia en la contagiosidad ni la importancia clínica del diagnóstico precoz, pues «el principio de la salud está en conocer la enfermedad y en querer tomar el enfermo las medicinas que el médico le ordena». La patología femenina está representada, entre otras cosas, por el «mal mensil» de las mujeres y los clásicos «antojos» de las perturbaciones del embarazo. A propósito de esta patología femenina, y en gracia a la brevedad, vale la pena hacer mención de tres mujeres que aparecen en la obra y que presentan alteraciones inequívocas de tipo endocrinológico. Son Maritornes, la criada de la venta; Torralba y Marcela, pastoras las dos.

A Maritornes píntala Cervantes como «moza asturiana ancha de cara, llana de cogote, de nariz roma, del un ojo tuerto y del otro no muy sana», aunque todos estos defectos se atenúan con cierta gallardía del cuerpo. Se trata, evidentemente, de un tipo displásico que se entrega impúdicamente al primer arriero que la solicita. Tiene los cabellos tan ásperos, que «en alguna manera tiraban a crines», dice Cervantes, y como se trata de que el personaje procede de una región española con mixedema y bocio endémicos, se puede calificar a Maritornes de cretina, como sostiene acertadamente Goyanes. La pastora Torralba, por su parte, es una «moza rolliza, zahareña, que tiraba algo a hombruna porque tenía unos pocos de bigotes», con lo cual queda dicho que es un tipo viriloide bien diferenciado, mientras que Marcela, a través de una interpretación psicoanalítica sobre todo, presenta rasgos evidentes de deformación sexual, ya que, pese a su origen nada plebeyo, se mezcla con mujeres de baja condición social a la par que manifiesta sin recato un acusado desvío por el hombre.

Como era de esperar, la patología quirúrgica se señala por la frecuencia en la descripción de heridas y contusiones, así como por el tratamiento de las mismas con el llamado «bálsamo de Fierabrás» —del que se da la fórmula y modo de preparación—, sin que falten las alusiones a «bizmas», emplastos, ungüentos, entablillamientos y demás artes curativas de curanderos y *algebristas*, estos últimos llamados así por su oficio de componedores de huesos rotos. Curiosa es igualmente



UNA BELLA MUESTRA DEL ARTE DEL CÉLEBRE DIBUJANTE BERTHOLD MAHN, ILUSTRATIVA DE LA OBRA DE CERVANTES.
(De nuestro Archivo.)

la referencia al «morbo gállico» y a peladas, en cuyo origen entra, sin duda, alguna, el culto a Venus, e interés tienen también las alusiones a los desastres que tales enfermedades venéreas ocasionaban en la piel y en la boca. A este respecto pone Cervantes en boca de don Quijote una frase verdaderamente lapidaria, y es la que se refiere al valor de la dentadura. Dice así: «que la boca sin muelas es como molino sin piedras, y en mucho más se ha de estimar un diente que un diamante». Hasta se puede valorar aquí la intuición que tuvo Cervantes respecto a las posibles relaciones entre reumatismo y estado de la boca cuando le hace decir a uno de sus personajes estas sabias palabras: «En toda mi vida me han sacado muela ni diente de la boca, ni se me ha caído, ni comido de neguijón ni de reuma alguno.» Como se ve, las ideas médicas del autor de *Don Quijote* no dejan campo alguno sin espigar.

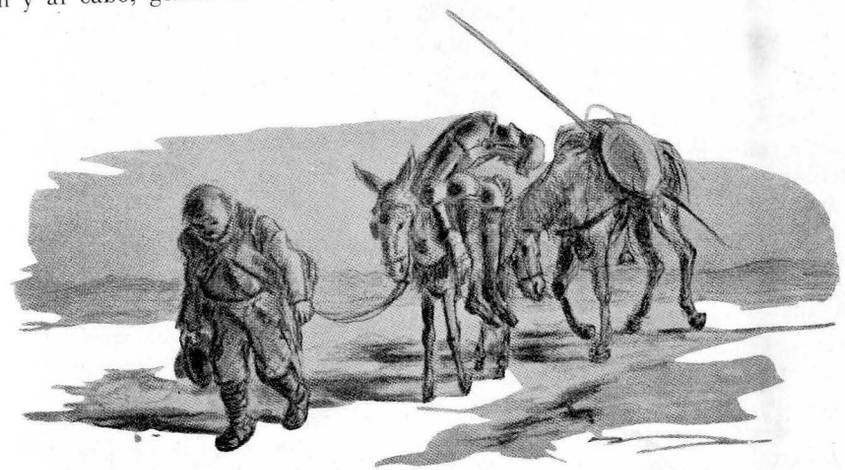
Lo más importante de todo, sin embargo, es lo que se relaciona con las enfermedades del espíritu. Mucho ha dado que hablar y que escribir esta predilección cervantina por el enfermo de la mente. ¿Conocía Cervantes la literatura médica de tipo psiquiátrico? ¿Había visitado manicomios? ¿Abundaban los locos en su tiempo? Estas y otras varias preguntas se han hecho los investigadores, y en verdad que la curiosidad no ha quedado satisfecha. Con razón alaba Vallejo Nájera las intuiciones psiquiátricas cervantinas al aludir a la carencia de verdaderos conocimientos psiquiátricos en la época en que vivió el novelista. Su formación no pudo ser libresca por lo que de él se sabe, sino debida a la observación y al cambio de impresiones con tan diversas gentes como hubo de topar en su vida. De Arnaldo de Villanova y Raimundo Lulio es posible que aprendiese a desechar el concepto demoníaco de la locura; acaso en la sátira tercera del libro segundo de Horacio —como han sostenido, entre otros, Pi y Molist y el citado Vallejo Nájera— tuviese ocasión de aprender a distinguir diversas formas de demencia, e incluso en Areteeo de Capadocia hay recogido algún caso de cierta similitud con la rara manía del licenciado Vidriera, y es posible que Cervantes lo conociese, pero nada más. Sus ideas, en definitiva, no podían ser más que las de la ciencia oficial de entonces, y éstas distan mucho de compaginarse con el sentido clínico de la psiquiatría actual, al que se adscribe de modo perfecto la intuición del novelista. Por eso tiene razón Vallejo Nájera cuando escribe: «su acierto consiste en la invención de grandes figuras representativas que reproducen tan fielmente y en tal variedad de detalles las características de ciertos tipos psicológicos o de ciertos desórdenes mentales, que parecen verdaderas observaciones directas de la realidad».

Indudablemente, Cervantes debió de encontrarse a lo largo de su vida con muchos locos auténticos y otros que, pareciéndolo, no lo eran. Unos y otros le dieron abundante materia para sus relatos, pues en tales calendas los locos andaban sueltos y los pícaros también. Entre unos y otros, cuando con las armas del ingenio, cuando con las de la chocarrería, los modelos se ofrecían libremente para ser reproducidos por la pluma. El lunático, convertido en ser de excepción, le permite al novelista decir lo que siente, unas veces para fustigar las malas costumbres y otras para idealizar la vida humana con un desbordamiento que no encuentra freno ni medida. Don Quijote es, por esta razón, un cabal romántico; las armas con que combate son la generosidad y la fantasía.

Por algo han podido decir del *Quijote* algunos biógrafos que se trata de un libro azote, un libro martillo, un libro antorcha, contando con su intención moralizadora. El caso es que el mundo novelístico de Cervantes está habitado por infi-

nitos enfermos de la mente. Desde epilépticos a melancólicos, pasando por paranoicos y oligofrénicos, una pintoresca fauna de seres anormales se agita entre sus apretadas páginas hirvientes de aventuras.

Médicos y no médicos lo han reconocido así. Navarro Ledesma, entre estos últimos, dice, por ejemplo, que en la primera parte del *Quijote* hay locos, y en la segunda, enfermos: entre éstos puede citarse al melancólico hijo del Caballero del Verde Gabán; a Basilio, el pobre, a punto de suicidarse por amor... Todos ellos, al fin y al cabo, gentes de mente, si no hendida, al menos alborotada y desigual.



DIBUJO DE BERTHOLD MAHN PARA LA ILUSTRACIÓN DEL «QUIJOTE». (De nuestro Archivo.)

¿Quién no descubre la epilepsia en esta descripción que un labrador le hace a Sancho, siendo gobernador de su Insula?: «...mi hijo es endemoniado, y no hay día que tres o cuatro veces no le atormenten los malignos espíritus; y de haber caído una vez en el fuego, tiene el rostro arrugado como pergamino, y los ojos, algo llorosos y manantiales...» ¿Y quién no sospecha con fundamento que el loco del cuento cervantino incluído en el prólogo de la segunda parte del *Quijote*, «Guarda, ¡que es podenco!», es un oligofrénico, aunque no se le puede incluir en un grupo determinado, según Castillo de Lucas, por falta de más amplios detalles? El caso de Cardenio le diagnostica Vallejo Nájera de «estado crepuscular histérico».

El loco arquetípico, como nadie ignora, es Alonso Quijano, el ingenioso hidalgo a quien un ventero socarrón arma caballero a la luz de la luna. Loco que tiene transposiciones alucinatorias de su propio yo a la persona de los héroes caballerescos de sus lecturas, que tiene también alucinaciones visuales y auditivas y perturbaciones de orden sensorial, según el análisis de los psiquíatras que le han estudiado como enfermo, a la cabeza de los cuales debe ser colocado el malogrado Vallejo Nájera. Según éste, sistematizando las características de la locura de don Quijote, puede resumirse diciendo que hay en él:

a) Delirio sistematizado.
b) Credulidad para todo lo que se refiera a las ideas delirantes.
c) Estado de ánimo en relación con los delirios.
d) Conservación de los sentimientos morales, aunque pospuestos al tema delirante.

e) Conducta relacionada con el sistema delirante.

Estas son, en síntesis, las características de la paranoia kraepeliniana, y éstas son, evidentemente, las características de la locura quijotesca. La paranoia es, además, enfermedad de la madurez, y presenta alternativas de mejoría y empeoramiento. La conducta del enfermo, como se sabe, es normal mientras no delira, y también ha sabido Cervantes captar esta realidad, que en una ocasión dice de don Quijote el hijo del Caballero del Verde Gabán: «entreverado loco lleno de lúcidos intervalos». Sus éxtasis alucinatorios y su discursiva lógica no son, por tanto, una presunción de investigador médico dispuesto a arrimar el ascua a su sardina, sino una realidad clínica indiscutible.

Otros locos «razonadores» paranoicos a carta cabal aparecen en la literatura cervantina, como el protagonista del cuento «El loco llovedor»; pero el paranoico por excelencia es don Quijote, a quien justamente una calentura inesperada vuelve al juicio, intuición genial del efecto de la piretoterapia que sólo en época reciente ha tenido confirmación científica. «...Déjense burlas aparte y tráiganme un confesor que me confiese y un escribano que haga mi testamento; que en tales trances como éste no se ha de burlar el hombre con el alma», dice el glorioso hidalgo con sin igual cordura. ¿Qué mejor prueba de que con la fiebre dio al olvido los desatinos pasados?

A juzgar por las investigaciones realizadas, parece ser que fue Boissier de Sauvages, psiquíatra francés de fines del siglo XVIII, el primero que paró mientes en la paranoia de don Quijote. Después, Hernández Morejón se ocupó de él en 1836, y este trabajo del conocido historiador es el que sirve de base a Pi y Molist para estudiar la novela cervantina desde el punto de vista psiquiátrico. Seguidamente, la bibliografía se enriquece con trabajos de Weignadt, de Hamburgo; Leechman, de Berlín; Delgado, de Lima, y Royo Villanova, de Zaragoza. No hubiera encontrado don Quijote tantos y tan buenos galenos de haber sido hombre de carne y hueso y desear los suyos el retorno a la salud de la mente.

* * *

No queda con esto, ni mucho menos, espigado cuanto hay de interés médico en la novela más grande de nuestro español universal. Pero el tiempo es corto y no resulta razonable dilatarle excediendo los límites de esta comunicación. Cabe, por consiguiente, volver al punto de partida y decir que en esta novela llamada *Don Quijote de la Mancha,* engendrada nada menos que en una cárcel «donde toda incomodidad tiene su asiento», como lamenta su autor, una inagotable fuente de conocimientos espera al curioso que desee internarse en el laberinto de sus páginas, conocimientos entre los cuales los relativos a la Medicina tienen un valor imponderable.

Literatura y Medicina se ayudan y se completan en esta obra como en otras muchas debidas a la grandeza de un hombre genial. Y es que la vida, dígase lo que se quiera, lo mismo la vida vivida que la vida imaginada, no pueden prescindir de cuanto forma la razón de ser de nuestro arte y de nuestra ciencia. El dolor es compañero inseparable del hombre, y cuando el dolor llega, la vida cambia de rumbo. Gran lección la que el andante caballero nos ofrece con esta vida suya, tan profundamente humana y tan radicalmente dolorida. Estaba en lo cierto Sydenham cuando, contestando a la pregunta de Richard Blackmore, no vaciló en responderle:

—Leed el *Quijote.*

Dirección: Gamazo, 11. Valladolid.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

TEORÍA SOBRE LA POLIETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD PREULCEROSA

POR EL

DR. JUAN NASIO

DIRECTOR DE LOS ARCHIVOS INTERNACIONALES DE GASTROENTEROLOGÍA

F. I. A. P.

BUENOS AIRES (Argentina)

Basándonos en nuestros estudios clínicos, radiológicos, endoscópicos y farmacológicos, estimamos que la úlcera gastroduodenal y anastomótica es la localización particular de la *enfermedad ulcerosa* o *helcosis digestiva.* Es una enfermedad que puede ser provocada por un conjunto variado de agentes etiológicos mancomunados que actúan sobre el efector digestivo *in totum,* bajo la influencia de factores condicionantes y a través de mecanismos diversos, según el asiento de la lesión; sería una enfermedad secundaria de adaptación dentro de la doctrina del *stress* de Selye, en la que existiría una mínima intervención del escalón humoral y sería fundamental el papel del escalón nervioso y humoral, y viceversa. El concepto de *stress* permite considerar la enfermedad preulcerosa (*helcosis digestiva*) como la respuesta inespecífica del efector digestivo ante agresiones de distinta naturaleza, grado y calidad. Insistimos una vez más en que la úlcera en sí, lo mismo que la hemorragia, perforación y estenosis, es la complicación de una enfermedad cuya etiopatogenia no conocemos; de ahí que tengamos que denominarla enfermedad preulcerosa. Comparamos entonces el estado actual del conocimiento de la enfermedad preulcerosa con la poliomielitis: antes del descubrimiento del virus de Salk, se consideraba a la parálisis muscular de la poliomielitis como la enfermedad misma y no como en realidad es, su complicación; de ahí que su denominación, que aún hoy persiste, sea de parálisis infantil. Considerar el cráter ulceroso como una complicación y no como el testimonio de la enfermedad, es de fundamental importancia para tener en cuenta su etiopatogenia y su terapéutica. Nuestra definición, por lo tanto, de la enfermedad preulcerosa sería: «Enfermedad preulcerosa es el conjunto de alteraciones generales psicosomáticas, predominantemente colinérgicas o adrenérgicas, o ambas a la vez, que provocan a través de un mecanismo neurovascular, en uno o varios segmentos del tubo digestivo, trastornos secretomotores con ritmo horario y periódico, sensibles a ciertos alarmógenos psicofísicos y que pueden originar una pérdida de sustancia circunscrita y profunda que rebasa la *muscularis mucosae,* acompañada por intensa reacción fibroblástica y eosinófila, hemorragia, perforación o estenosis del órgano».

Todo lo que afirmamos acerca de la úlcera localizada en el estómago o duodeno podremos aplicarlo para las úlceras del intestino y, en particular, del colon (colitis ulcerosa policausal). Existen factores que, desde el punto de vista del síndrome general de adaptación, podríamos llamar alarmógenos, de carácter psíquico, físico, nervioso y químico, que, por vía exógena o endógena, excitarían la corteza cerebral (PAVLOV), y por vía subcortical originarían una descarga de sustancias adrenérgicas o colinérgicas, o ambas a la vez, en particular noradrenalina y acetilcolina, las cuales, directa o indirectamente, por vía neuroendocrina humoral, provocarían la hiperproducción de otras sustancias de decisiva acción sobre la función del tubo digestivo, especialmente sobre la motilidad del estómago y duodeno (figuras 1 y 2). De estas sustancias, las más importantes serían la histamina y ciertas hormonas como los corticoides y la vasopresina o pitresín, las cuales actuarían independientemente o asociadas a la acción directa de las sustancias adrenérgicas y colinérgicas sobre el aparato digestivo. Bajo la acción de factores predisponentes y condicionantes, generales y locales, estas sustancias provocarían en la *muscularis mucosae* digestiva trastornos neurocirculatorios de tipo vasospástico. Estos trastornos son fundamentales para comprender el desarrollo de la lesión ulcerosa; aunque comunes, tanto para la úlcera gástrica como duodenal, ofrecen alguna diferencia según sea una u otra la localización. Estas alteraciones están constituídas por un juego alternado de vasoconstricción y vasodilatación; la duración e intensidad de uno u otro estadio depende de varios factores, pero el fundamental es el predominio adrenérgico o colinérgico del sistema neurovegetativo. La vasoconstricción con espasmo arteriolar e isquemia local, comprobados por numerosos antecedentes, serían una expresión vascular de la hiperfunción esplácnica o adrenérgica; la vasodilatación con atonía arteriolar y estasis local serían la expresión de predominio vagal. A pesar de uno u otro predominio, siempre existirían, como reacción defensiva, trastornos vasculares reaccionales de tipo contrario a los primeros. En la mayoría de los casos, estas perturbaciones, primarias desde el punto de vista local, formarían parte de fenómenos análogos a los que se observan en el choque y contrachoque de la reacción de alarma del síndrome general de adaptación de Selye. La prolongación excesiva de la acción de los estímulos agresivos y el agotamiento de la energía de adaptación provocarían la enfermedad preulcerosa, debiendo, por lo tanto, ser definida como enfermedad secundaria de adaptación.

Estos fenómenos se comprobaron en nuestros experimentos en perros, con la producción de la úlcera cincofénica. La vasoconstricción intensa inicial en el estómago del perro iba seguida por una vasodilatación prolongada con contracción máxima del esfínter pilórico. Dentro de los primeros días de la ingestión diaria de cincófeno se producía intensa gastritis congestivohemorrágica y erosiva. La clorhidria ofrecía períodos de aumento y normalidad que podrían estar relacionados con la vasoconstricción y vasodilatación, respectivamente. De los cinco a los diez días, la gastritis erosiva desaparecía, para comenzar la instauración de la típica lesión ulcerosa en la región antropilórica o curvatura menor.

Las reacciones defensivas propias del período de contrachoque y del estadio de resistencia del síndrome de Selye (hiperclorhidria, hiperlisozimia, gastritis erosiva) ante la prolongación del stress originado por el alarmógeno (cincófeno), ceden para permitir la instauración del estadio de agotamiento, cuya expresión local es la típica lesión ulcerosa. En este estadio descubrimos que los fenómenos angiospásticos eran imprescindibles para el desarrollo de la úlcera, ya que la nicotilamida parenteral asociada a la ingestión de cincófeno favorecería en inten-

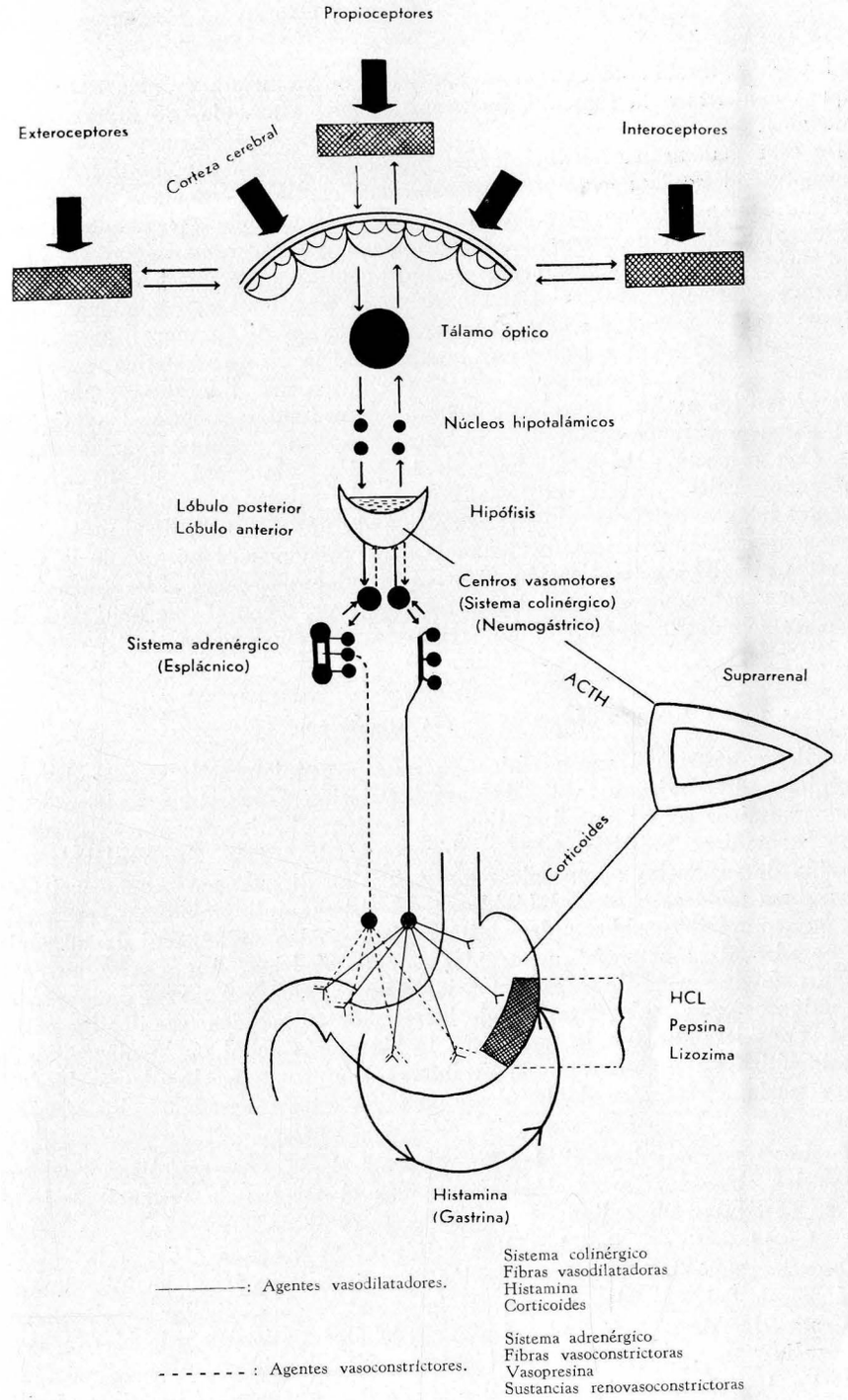


Fig. 1. — TEORÍA DE LA POLIETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD ULCEROSA DE LOCALIZACIÓN GASTRODUODENAL. (NASIO.)

sidad y en reducción de tiempo la aparición de la úlcera crónica experimental, lo que conduciría a la isquemia (vasoconstricción) alternada con hiperemia (vasodilatación).

De esta manera habría juntamente hiposecreción con hipomotilidad, y luego hipermotilidad con aumento de permeabilidad capilar y edema e hipersecreción clorhidropéptica e histamínica, la cual actuaría lentamente agrediendo la mucosa gástrica o duodenal desprotegida. La patogenia del trastorno inicial vasospástico y del aumento de la hipersecreción clorhidropéptica e histamínica estaría relacionada muy especialmente con el trastorno de la motilidad gastroduodenal. Es importante reconocer que algunos alarmógenos pueden determinar hipertonía pilórica y facilitar la hipersecreción con hiperclorhidria gástrica relativa, gracias a la evacuación gástrica retardada. El efector periférico más importante sobre el que convergerían los agentes neurohormonoquímicos estimulantes sería el aparato glandular gástrico, y fundamentalmente el antropíloro, que regula el vaciamiento gástrico. Con respecto a la localización de la lesión submucosa inicial, de carácter neuroangiospástico, dependería justamente de la calidad y cantidad de sus dos elementos integrantes. Teniendo en cuenta que el estómago y duodeno presentan una diferente inervación e irrigación, no podría comprenderse el porqué de la distinta y a veces simultánea localización ulcerosa en ambos órganos. El estómago tiene inervación vagal, con excepción del antropíloro, que, como el duodeno, tiene doble inervación (simpática y vagal). La irrigación del duodeno es de tipo terminal, y la del estómago, de tipo anastomótico.

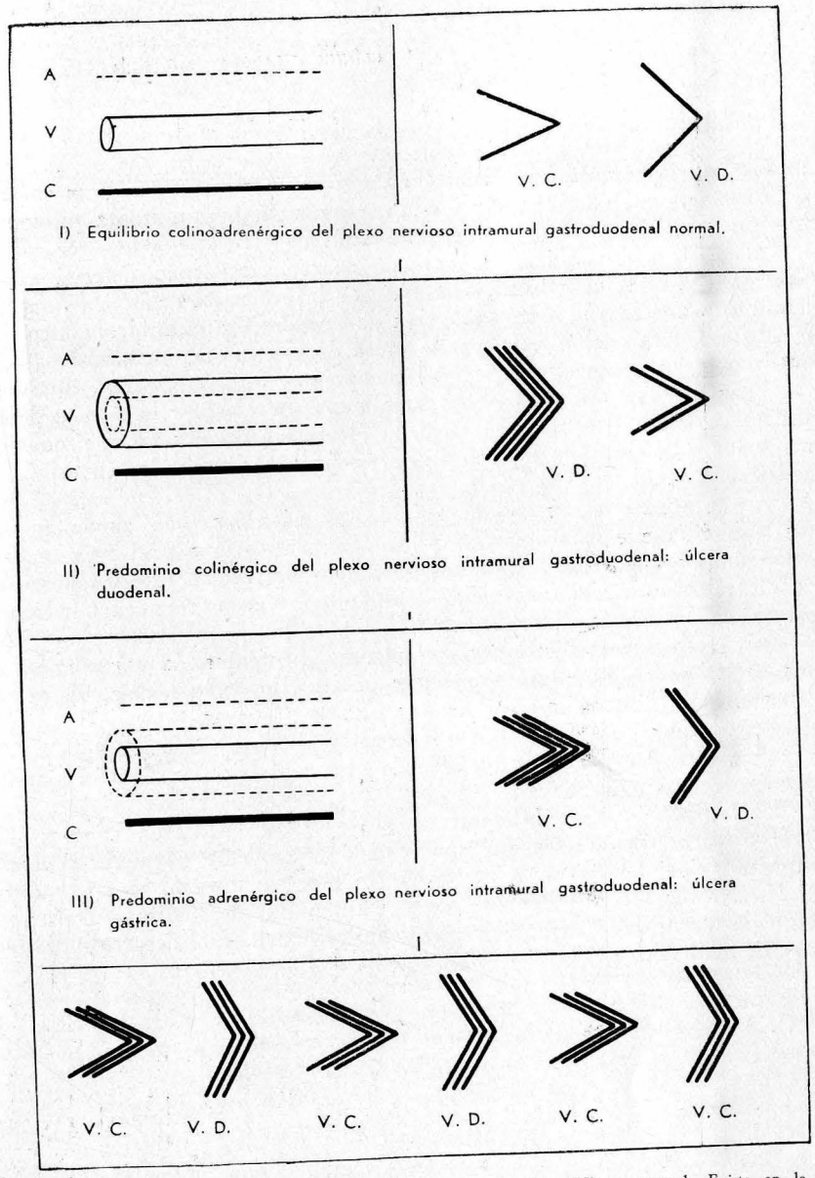
Patogenia de la úlcera gástrica y anastomótica

La úlcera gástrica y anastomótica, en nuestra opinión, sería provocada por el predominio adrenérgico a través de vasoconstricción activa. Intervendrían agentes hormonoquímicos como: noradrenalina, adrenalina, efedrina, vasopresina, renopresina y serotonina. Existiría entonces hipertonía de los nervios esplácnicos con liberación de sustancias adrenérgicas que actuarían directamente como excitadoras de las fibras motoras o como inhibidoras del sistema colinérgico. En este sentido, existe un complejo problema de carácter histoquímico en el cual la adrenalina y la noradrenalina actuarían protegidas por la efedrina. Aunque no muy bien conocida aún la acción de estas sustancias adrenérgicas, es evidente que actuarían en la unión neuromuscular interfiriendo la reacción colinérgica (acetilcolina-colinesterasa). Consideramos, por lo tanto, que la hipertonía vagal en la úlcera gástrica y anastomótica no presenta tan clara intervención como en la úlcera duodenal. Nuestra teoría adrenérgica de la úlcera gástrica estaría basada en los siguientes hechos:

1.º Los trastornos de motilidad que presenta el estómago con úlcera son semejantes a los obtenidos farmacológicamente con el empleo de sustancias adrenérgicas, en particular adrenalina.

2.º La adrenalina y noradrenalina originan, en forma análoga a la vasopresina (hormona antidiurética), y por acción vasoconstrictora local, la típica reacción alarmógena de Selye en el aparato gastrointestinal, y en particular en el estómago de las ratas. La hiperfunción adrenérgica en la úlcera gástrica y la hipo o atonía vagal explicarían la inexistencia de hipersecreción clorhidropéptica.

3.º En la etiopatogenia de la úlcera gástrica y anastomótica tiene decisiva importancia la anormalidad en el mecanismo del vaciamiento del estómago en el duodeno o en el yeyuno. La hipertonía simpática produce aumento inusitado del



I) *Digestión normal* del plexo nervioso que regula el tonismo capilar (V) es normal. Existe en la digestión gastrointestinal, incluso en su base fecálica, una vasoconstricción seguida de vasodilatación capilar normal.

II) *Ulcera duodenal*: Predominio colinérgico. Existe vasodilatación, hiperemia local, con hipersecreción de hipermotilidad gastroduodenal e hiperclorhidria absoluta y relativa, por acción de las sustancias hormonoquímicas: acetilcolina, pilocarpina, fisostigmina, metacolina, histamina (gastrina) y corticoides. La vasodilatación gastroduodenal predominante es seguida por vasoconstricción capilar reaccional, lo que facilita el desarrollo de la úlcera duodenal.

III) *Ulcera gástrica y anastomótica.*—Predominio adrenérgico. Existe vasoconstricción y, por lo tanto, isquemia local con hiposecreción e hipomotilidad gástrica con hipertonía pilórica, hipoclorhidria absoluta e hiperclorhidria relativa por disminución del tiempo de evacuación gástrica por la acción de sustancias hormonoquímicas vasoconstrictoras: noradrenalina, adrenalina, efedrina, vasopresina, sustancias vasoconstrictoras y serotina. La vasoconstricción gastroduodenal predominante es seguida por vasodilatación capilar reaccional, lo que facilita la instauración de la úlcera gástrica.

IV) *Ulcera doble, gástrica y duodenal*: En los primeros estadios de la enfermedad ulcerosa existe predominio alternante colinérgico y adrenérgico, que determina un juego de vasoconstricción y vasodilatación capilar. Si esta alternación se prolonga, aparecen úlceras dobles, gástrica y duodenal.

Ref.: A: sistema adrenérgico simpático. V: capilar. C: sistema colinérgico (acetilcolina). V. C.: vasoconstricción. V. D.: vasodilatación.

Fig. 2. — Fisiopatología local en el desarrollo de la úlcera gástrica, duodenal y gastroduodenal.

tono pilórico del estómago, que provoca relajación del antro o muñón y favorece la ectasia gástrica; con ello se establecería un estado semejante al observado en las úlceras experimentales cinconénicas. Consideramos que tiene gran importancia el hecho de que la hiperclorhidria relativa aumenta la hipertonía pilórica en la producción de la úcera gástrica y postoperatoria.

4.° La perturbación inicial, de carácter neuroangiospástico, determinaría isquemia con plétora reaccional local, exaltada por la evacuación gástrica retardada, lo que facilitaría una mayor acción agresiva de la secreción clorhidropéptica, ya que, como sabemos, esta acción no depende tanto de los valores cuantitativos como de su mayor o menor concentración y del tiempo que dura su acción. Repitiendo la contraprueba que IVY nos indicara personalmente, de efectuar la técnica de Fredet-Rammstedt cortando el esfínter pilórico, la úlcera cincofénica no se producía. Esto destaca la importancia de la retención gástrica prolongada por la hipertonía esplácnica o simpática.

5.° La localización precisa de las úlceras gástricas, que aumentan en frecuencia a medida que se acercan al píloro, se explicaría por el tipo especial de irrigación anastomótica; en los puntos de mayor derivación arteriovenosa se produciría el trastorno inicial neuroangiospástico por vías esplácnica o adrenérgica. Lo mismo ocurre con la úlcera anastomótica.

6.° En nuestras investigaciones con úlcera cincofénica, la vaguectomía transtorácica en los perros no logró prevenir el desarrollo de la misma, nueva prueba que descartaría la hipertonía vagal en las úlceras gástricas.

7.° La operación de Dragstedt o vaguectomía, en el tratamiento de úlceras, no se realiza sino por excepción en caso de úlcera gástrica, y sí en la mayoría de las úlceras duodenales.

8.° La esplacnicectomía bilateral en perros (KELLER) y en conejos (KOCA) no logró provocar úlcera gástrica, apareciendo únicamente pequeñas hemorragias que estimamos son debidas a la acción de la hipertonía vagal compensadora.

9.° Numerosos son los hechos que respaldan nuestra teoría del predominio adrenérgico a través de la vasoconstricción capilar activa en el desarrollo de úlceras gástricas o anatomóticas.

PATOGENIA DE LA ÚLCERA DUODENAL

Mientras la teoría adrenérgica explicaría la úlcera gástrica, la etiopatogenia de la úlcera duodenal estaría explicada por la teoría de la hipertonía vagal cuando existe evidente predominio de las sustancias colinérgicas, en particular de la acetilcolina y su protectora, la fisostigmina; siendo ambivalente la inervación del duodeno, puede aparecer un predominio esplácnico o simpático, pero en forma excepcional. La teoría colinérgica en la úlcera duodenal estaría respaldada por los siguientes hechos:

1.° Según nuestras experiencias clínicas, basadas en numerosas series de enfermos de úlcera duodenal y gástrica, hemos comprobado que la predisposición constitucional ulcerosa que BERGMANN calificara como «estigma vegetativo» se presenta con mayor frecuencia en enfermos de úlcera duodenal; éstos exhiben todos los caracteres somatopsíquicos de la hipertonía vagal. Desde el punto de vista circulatorio, hay hipotensión, bradicardia, miosis, hipersecreción sudoral; desde el punto de vista neurológico, alteración de reflejos viscerocutáneos y viscerales (dermografismo), alteraciones termorreguladoras (enfriamiento) y trastornos humorales tales como alteraciones del líquido cefalorraquídeo y del metabolismo de hidratos de carbono, grasas, agua, glucosa, colesterol, albúmina, calcio, potasio y gran hiperproducción de histamina y acetilcolina. Existe notoria hipermotilidad duodenal y gástrica, con rápida evacuación del estómago y gran aumento de secreción clorhidropéptica. En este sentido, debe reconocerse que el plexo mesentérico de Auerbach se encuentra más desarrollado en el duodeno que en el estómago; el plexo secretorio de Meissner está más desarrollado en el estómago que en el duodeno.

2.° La úlcera cincofénica experimental, que exige una hipertonía simpática, por excepción se desarrolla en el duodeno.

3.° Los anticolinérgicos y la vaguectomía presentan resultados beneficiosos en este tipo de úlcera.

4.° La constitución predisponente vagotónica acompaña a la mayoría de los casos de úlcera duodenal, importante diferencia con la úlcera gástrica, en donde no hemos encontrado esta relación con tan peculiar frecuencia.

5.° En la úlcera duodenal, los agentes hormonoquímicos representados por acetilcolina, fisostigmina, metacolina, pilocarpina, histamina (gastrina) y corticoides son los responsables del predominio colinérgico y de la vasodilatación con isquemia consecutiva.

PATOGENIA DE LA ÚLCERA DOBLE (GÁSTRICA Y DUODENAL)

Según nuestra teoría, en la úlcera doble, gástrica y duodenal, existiría predominio colinérgico y adrenérgico alternante. A una vasoconstricción activa le sucedería vasodilatación igualmente activa, y así sucesivamente, lo que permitiría el desarrollo simultáneo de úlceras en ambas localizaciones.

CONCLUSIONES

En definitiva, estimamos que la úlcera gastroduodenal y anastomótica no es debida a una causa específica, sino a un conjunto de factores de carácter psíquico, físico y neuropsíquico, que actuarían sobre el organismo en calidad de agentes alarmógenos y originarían una reacción de stress con descarga de sustancias colinérgicas o adrenérgicas o ambas a la vez. Estas sustancias, directamente, o combinadas con la hiperproducción de corticoides y vasopresina, actuarían selectivamente sobre el efector periférico gastrointestinal, provocando en la *muscularis mucosae* fenómenos neuroangiospásticos que facilitarían la isquemia con plétora reaccional local, sobre la cual actuaría la secreción clorhidropéptica aumentada en forma absoluta (úlcera duodenal) o relativa (úlcera gástrica). La localización de la lesión ulcerosa, ya sea gástrica o duodenal, estaría condicionada por diversos factores relacionados con el predominio de la inervación adrenérgica en la úlcera gástrica, colinérgica en la duodenal; especialmente ejercerían gran papel el mecanismo antropíloroduodenal de vaciamiento del quimo en el duodeno, el tipo de irrigación, de carácter terminal en esta última y anastomótico en la primera, y factores de orden genético y constitucional.

El ritmo diario y periódico de los síntomas ulcerosos, su sensibilidad a los choques psíquicos y atmosféricos, la localización de la lesión inicial y las complicaciones más importantes, señalan insistentemente la existencia de un factor neuroangiospástico.

La insuficiencia de los conocimientos en la química de las sustancias que regulan la transmisión neurovegetativa y, en particular, la anatomía de los plexos de Auerbach y Meissner, es la que impide un mejor esclarecimiento de los factores etiológicos y patogénicos que intervienen en el desarrollo de la úlcera gástrica

y duodenal. De ahí nuestro criterio de que en lo sucesivo no podremos hablar de sistema parasimpático y simpático, sino de *distonismo neural*, en el cual existiría un desequilibrio histoquímico con predominio de determinados fármacos y fermentos que intervienen en la transmisión de los impulsos nerviosos.

RESUMEN

Basándose en estudios clínicos, radiológicos, endoscópicos y farmacológicos el autor llega a la consideración de que la úlcera gastroduodenal y anastomótica es la localización particular de la enfermedad ulcerosa o helcosis digestiva, la cual no es debida a una causa específica, sino a un conjunto de factores de carácter psíquico, físico y neuropsíquico, que actuarían sobre el organismo en calidad de agentes alarmógenos y originarían una reacción de stress con descarga de sustancias colinérgicas o adrenérgicas o ambas a la vez. Estas sustancias, directamente, o combinadas con la hiperproducción de corticoides y vasopresina, actuarían selectivamente sobre el efector periférico gastrointestinal, provocando en la muscularis mucosae *fenómenos neuroangiospásticos que facilitarían la isquemia con plétora reaccional local, sobre la cual actuaría la secreción clorhidropéptica aumentada en forma absoluta (úlcera duodenal) o relativa (úlcera gástrica). La localización de la lesión ulcerosa, ya sea gástrica o duodenal, estaría condicionada por diversos factores relacionados con el predominio de la inervación adrenérgica en la úlcera gástrica, colinérgica en la duodenal; especialmente ejercerían gran papel el mecanismo antropiloroduodenal de vaciamiento del quimo en el duodeno, el tipo de irrigación, de carácter terminal en esta última y anastomótico en la primera, y factores de orden genético y constitucional.*

BIBLIOGRAFÍA

BABKIN, B. P.—«Secretory mechanism of the digestive glands». New York, 1941.
BERG, M.—«Experimental peptic ulcerations by vasomotor episodes (pitressin episodes) and autonomic disturbances». *Arch. Path.*, 33, 636. 1942.
BERGMANN, C. VON.—*Patología Funcional*, 3, 63, 1940. Berlín.
BONORINO UDAONDO, C., y NASIO, J.—«La herencia en la úlcera gástrica y duodenal». *La Prensa Médica Argentina*, 31, 233. 1944.
CODE, C. F., y VARGO, R. L.—«Prolonged action of histamine». *Am. J. Physiol.*, 137, 225. 1942.
DRAGSTEDT, L. R.—«A concept of the etiology of gastric and duodenal ulcer». *Am. J. Roent.*, 75, 219. 1956.
GALLART MONÉS, F.—«La etiopatogenia de la úlcera gastroduodenal. Deducciones terapéuticas que de ella pueden derivarse». *Med. Española*, 34, 333. 1955.
IVY, A. C.; GROSSMAN, M. I., y BACHRACH, W. H.—«Ulcera péptica». Edit. «El Ateneo», Buenos Aires, 1954.
NASIO, J.—«La úlcera péptica experimental cincofénica. Patología y producción». *Prensa Médica*, 31, 1.659. 1944.
— «Tratamiento médico de la úlcera gastroduodenal experimental». A. López, Buenos Aires, 1946.
— «L'hormonothérapie dans l'ulcère gastroduodénal». *Acta Méd.*, 10, 619. Bélgica, 1953.
— «La úlcera gastroduodenal y la colitis ulcerosa en el síndrome general de adaptación». *Rev. A. M. A.*, 68, 339. 1954.
— «Etiopatogenia de la úlcera». *Jornada Méd.*, 223, 2. 1955.
NEDZEL, A. J.—«Vascular spasm in experimental gastric ulcer». *Arch. Phys. Therapy*, 20, 683. 1939.
PALMER. E. D., y BUCHANAN, D. P.—«On the ischemic basis of «piptic» ulcer». I. «Historical definition of present status». *Ann. Int. Medic.*, 38, 1.187. 1953.
REEVES, T. B.—«A study of the arteries supplying the stomach and duodenum and their relation to ulcer». *Surg. Gynec. and Obst.*, 30, 374. 1920.
SELYE, H.—«Stress y síndrome general de adaptación». *Gastroenterology*, 5, 496. 1945.
WOLF, S., y WOLF, H. G.—«Human gastric function». *Oxford University Press*, 2.ª edition. 1947.

Dirección: Arenales, núm. 1.335. Buenos Aires (Argentina)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

INSTITUTO DE CITOLOGÍA EXPERIMENTAL Y HEMATOLOCÍA
(FUNDADO EN 1927)
DIRECTOR: DR. F. MAS Y MAGRO

SOBRE LA IDENTIFICACIÓN DE LAS LEUCEMIAS POR EL MÉTODO DE LAS PEROXIDASAS

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRO

ALICANTE

En un trabajo anterior [1] indicábamos las ventajas del método de las peroxidasas en el diagnóstico de las leucemias en latencia. Con motivo de un caso que hemos tenido recientemente, quiero insistir sobre las ventajas enormes que supone el empleo de este método, incomprensiblemente poco empleado, que no sólo permite el diagnóstico de las leucemias en latencia, sino la discriminación clara y terminante entre las leucemias linfoides y mieloides ya francamente declaradas. Se trata del siguiente caso:

OBSERVACIÓN.—Mujer de 68 años.

Antecedentes individuales: Hace cuarenta y siete años, bronconeumonía, con tos tipo convulsivo, fiebre alta y expectoración. A partir de entonces, frecuentes catarros tipo asmoide, con tos y expectoración, que todavía persiste, con algunas temporadas de remisión, con disnea de esfuerzo y ortopnea.

Hemofiloide: No.

Antecedentes familiares: Sin interés.

Antecedentes de la enfermedad: Hace veinte días, tumefacción en dedo anular mano derecha, con dolor e imposibilidad de movimientos. Cedió esto, y a continuación, edema articular en rodilla y tobillo. A los tres días, aparición de manchas purpúricas en rodilla, hombro y región escapular. Se le practica un recuento globular, presentando anemia y una leucocitosis de 500.000 por mm. c., con gran linfocitosis (90 por ciento) y algunas células tipo linfoblasto. Hace ocho días, hematuria que persiste, de mediana intensidad. Hasta el presente, este cuadro transcurría sin fiebre; pero desde hace tres días tiene febrícula de 37'5 por la mañana y 38'1 por la tarde, y de poco tiempo de duración. Desde hace unos siete días, dolores erráticos musculares por todo el cuerpo, especialmente en tórax. Algunos dolores articulares. Algunas ulceraciones ligeras en encías. Ante todo este cuadro y las investigaciones hematológicas realizadas, es diagnosticada de leucemia linfoide.

Examinada por nosotros con fecha 1-VIII-60, presenta a la exploración solamente un ganglio tamaño de grano de arroz en parte lateral derecha del cuello. No existe esplenomegalia. Dilatación cardíaca a expensas del ventrículo izquierdo, ligera dilatación aórtica, algunas adenopatías en hilios pulmonares y las lesiones características asmoides pulmonares.

Presión arterial (osc. Pachon): máxima, 14; mínima, 7. Astenia intensa.

Practicadas las investigaciones hematológicas pertinentes, nos encontramos con 3.000.000 de eritrocitos, 250.000 leucocitos y 42.000 plaquetas por mm. c. Tiempo de coagulación, siete minu-

1 CLÍNICA Y LABORATORIO, LXVIII, 407-412, diciembre 1959.

tos (normal, cinco-ocho minutos); hemoglobina, 60 por ciento. En orina nos encontramos con una hematuria de mediana intensidad. En la fórmula leucocitaria, teñida por el procedimiento de Giemsa, nos encontramos con el 83 por ciento de células tipo linfocito; 10 por ciento de linfoblastos. El índice de leucocitólisis de linfocitos, 100 por ciento.

Por el aspecto morfológico de los elementos celulares, se trata de una leucemia linfoide crónica, posiblemente en fase de reactivación, ya que además presenta numerosas células tipo linfocitos en lisis o en franca degeneración nucleoplasmática, o sea, las llamadas sombras de Gumprecht, tan características de las linfosis.

Para poder confirmar más exactamente el diagnóstico, realizamos la coloración de las extensiones de sangre por el método de peroxidasas, de MAS Y MAGRO, encontrándonos con que todas las células de tipo linfocito presentaban reacción positiva a dicha reacción, predominando en un 79 por ciento los promielocitos atípicos, siguiendo con un 10 por ciento los mieloblastos y quedando reducido el número de linfocitos, sin granulaciones de peroxidasa, a un 3 por ciento. Ante este resultado, el diagnóstico del caso citado fue de leucemia mieloide atípica, en fase subaguda, y púrpura hemorrágica trombopénica.

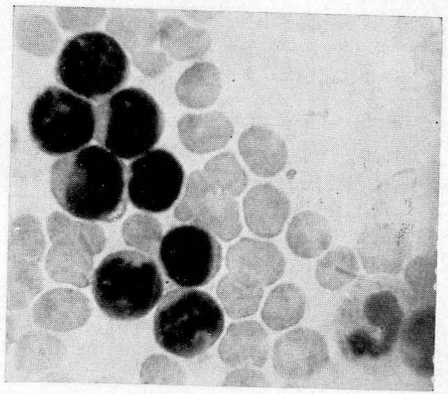


Fig. 1.—EXTENSIÓN DE SANGRE DE LA ENFERMA DE LA OBSERVACIÓN. COLORACIÓN POR GIEMSA. CÉLULAS DE ASPECTO LINFOIDE. AUMENTOS × 1,200.

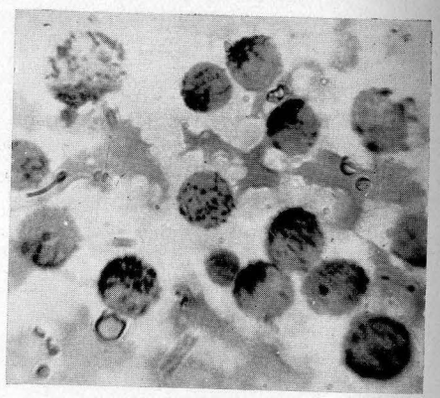


Fig. 2.—EXTENSIÓN DE SANGRE DE LA MISMA ENFERMA. COLORACIÓN POR EL MÉTODO DE PEROXIDASAS. TODAS LAS CÉLULAS SON MIELOBLASTOS.

Este es un caso muy claro del poder discriminativo que tiene la reacción de peroxidasas, sin tener que recurrir a la punción esternal.

El promielocito patológico y atípico, unas veces es una simple modificación de la morfología del promielocito normal, que puede llegar a constituir aspectos francamente anormales como el llamado monoblasto de Schilling y Ferrata, o el paramieloblasto de Naegeli; pero otras, los cambios morfológicos son tan profundos, que difícilmente pueden los métodos panópticos, como el de Giemsa, identificarlo como un promielocito. En el promielocito, en que la modificación morfológica apenas ha alterado su aspecto y su estructura, especialmente la nuclear, las granulaciones de peroxidasas le dan una fisonomía especial; en efecto, ellas son siempre escasas y pueden repartirse difusamente por todo el disco celular o agruparse en conglomerado único o rara vez doble. En los promielocitos atípicos la presencia de las granulaciones de peroxidasas representa el carácter de persistencia de su naturaleza de promielocito. Su identificación requiere la máxima cautela, ya que el monocito, principalmente en su forma pequeña, con núcleo poco polimorfo, pudiera ser confundido. Ahora bien, en los monocitos las granulaciones de

peroxidasas son más finas, distribuídas por toda la célula, especialmente en el citoplasma y más en la concavidad del núcleo. Por el contrario, las granulaciones del promielocito atípico son más gruesas, redondeadas, distribuídas uniformemente o en forma de conglomerado único, frecuentemente intracelular.

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. De toda su especificidad sólo queda 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.

En el caso de la observación citada, la atipia de los promielocitos era tan grande, que sólo logramos, por el método de Giemsa, encontrar un promielocito neutrófilo normal, junto con el 6 por ciento de neutrófilos y siendo el resto células de tipo linfocito, con un 10 por ciento de céluas de morfología parecida al linfoblasto. La aplicación del método de las peroxidasas identificó de una manera clara y precisa el verdadero origen de dichas células.

RESUMEN

Se indican las ventajas del método de las peroxidasas para el diagnóstico de las leucemias en latencia, insistiendo en las facilidades que proporciona para la distinción entre las formas linfoides y las mieloides francamente declaradas. La reacción de las peroxidasas permite apreciar, sin recurrir a la punción esternal, los profundos cambios morfológicos de los promielocitos, de una manera clara y sencilla, señalando su verdadero origen.

BIBLIOGRAFÍA

MAS Y MAGRO, F.—«Diagnóstico de las leucemias». *Revista Clínica Española*, 1, 1941.
— «La alergia celular». Edit. Aguado, Madrid, 1945.
— «Las leucemias». Edit. Morara, Madrid, 1951-1954.
— «El diagnóstico de las leucemias». Edit. Científico-Médica, Barcelona, 1954.
— «Técnica de hematología clínica». Edit. Científico-Médica, Barcelona, 1953.
— *Archivos de Medicina Experimental*, XII, 925. Madrid, 1949.
— *Archivos de Medicina Experimental*, XVI, 47. Madrid, 1953.
— «Las alteraciones morfológicas y estructurales del promielocito». Trabajos del Instituto Nacional de Ciencias Médicas. Madrid, 1948.
— «Las alteraciones morfológicas y estructurales del promielocito». II. *Los promielocitos atípicos de la medula ósea.* Trab. del Inst. Nac. de C. Méd., XII, 327. Madrid, 1948.
— Idem, íd. III. *Los promielocitos atípicos de la leucemia aguda.* Idem, íd., XII, 337. Madrid, 1948.
— Idem, íd.. IV. *Invcstigaciones experimentales sobre el promielocito,* etc. Idem. íd., XII, 35. Madrid, 1949.
— «Contribución del método de las peroxidasas al diagnóstico de las leucemias mieloides en latencia». CLÍNICA Y LABORATORIO, LXVII, 407, 412. 1959. Zaragoza.

Dirección: Plaza de Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

LA ÚLCERA DE DECÚBITO

POR EL

DR. AMILCAR MORERA BRAVO

SANTA CRUZ DE LA PALMA (CANARIAS)

Es un tema que sigue ocupando la atención y que empieza sólo a querer ser resuelto porque, precisamente, lejos de lograrse hacerla desaparecer dejándola en la historia junto a la podredumbre de hospital, va aumentando con los progresos de la técnica quirúrgica. De aquí el interés que ofrece la reciente exclamación de D. Gregorio al hablar de la hipertensión: ¡Cuánta razón tenía mi maestro Medinavetia! Un maestro de maestros enseña a D. Gregorio y éste hace maestros que lo han sido a su vez de otro y, señores, ¡el mismo problema sin resolver! Son muchos más los aspectos de nuestra técnica que marchan en sentido contrario a nuestro progreso y éste precisamente es uno, muy importante. A medida que se hace posible prolongar los tiempos de intervención quirúrgica, que se pueden utilizar los materiales inmovilizantes más ampliamente, que se van produciendo ocasiones anestésicas y colapsantes circulatorias más prolongadas por mano de la técnica, el peligro es mayor y su presentación más frecuente. Diremos más; a medida que se organizan los servicios quirúrgicos asistenciales con más personal y mejores medios, la ocasión de su producción se hace mayor, porque precisamente la continuación del trabajo se ve interrumpida con los relevos del personal, porque hay más lugar para olvidos por desconocimiento y porque la relación enfermo asistente se relaja y enfría sintiéndose menos el cuidado y la necesidad de atender pequeñas minucias, exactamente las que son indispensables para que esta complicación no se presente. ¿Quién de vosotros ante una reciente intervención extenuante por lo larga y difícil fija con insistencia la atención en la arruga de la sábana o en el lugar duro del colchón que la va a producir? Yo por lo menos, sinceramente os lo digo, si lo hago una vez no es precisamente al final de las actuaciones del quirófano, cuando el enfermo no tiene aún corregida su hipotensión y está dormido. Acaso se lo indico al personal de un modo genérico y fuera de estas ocasiones, pero entono el *mea culpa* y confieso que he descuidado mucho tiempo estos detalles.

No le ha pasado lo mismo a VILAIN —imaginemos la importancia de los acontecimientos que ha presenciado—, que se ha hundido en la profundidad de un problema y con sus palabras nos ha despertado un tanto de nuestro sueño. Dio en nuestro delirio que naciera tan tempranamente contemplando en la esquina de un

Comunicación a las Sesiones Clínicas del I. P. T. de Tenerife, 1960.

patio de manicomio, pudriéndose el escroto de un deteriorado mental, dejándolo desnudo durante muchos días y a merced de la posición en cuclillas que adoptó. En aquellas fechas, muy tempranas en nuestro andar entre cosas médicas, casi las primeras, circulaba el libro de Danielopoulo, de pastas amarillas y rojas, y no entendimos bien lo que decía este librito al proyectarlo sobre aquel desgraciado a quien el médico que nos lo mostró hacía encender como una grana en rojo para después palidecer al contacto estimulante de un breve empujón con su pie, que tal era el repugnante y mal oliente aspecto de aquel hombre, como para invitar a no tocarlo con las manos; tenía sólo vida vegetativa y una gran vascularización alternante; por lo tanto, un gran mundo nervioso periférico, y, sin embargo, el trofismo se alteró a nivel del escroto. Desde esa fecha hemos dado, muchas veces, vuelta a la cara mientras nos invadía un sentimiento de impotencia frente a muchos enfermos afectos de traumatismos medulares, de otros tantos comatosos y sinnúmero de pacientes de toda clase a quienes, pese a los mejores cuidados, al cambio de posición, al entalcado y baño, a las curas locales de la manchita inicial, padecían la úlcera y nos mortificaban con la cronicidad de sus lesiones, sobre todo la que se produce en el talón. Ni el mejor almohadillado en los yesos hacía previsible la posibilidad de una pequeña lesión de decúbito. Sólo sabíamos que los mal nutridos la presentan con más facilidad, conservando idénticas todas las restantes variantes. El reflejo trófico local fracasaba y los tejidos morían faltos de nutrición, por la compresión. ¡Cuántas curas hemos presenciado de úlceras, y cuántos intentos quirúrgicos para su restauración, inútiles en nuestras manos! En la apariencia de nuestros asilos, bajo la simpática protección higiénica de sus salas, la blanca colcha de hospital encubre tantas y tantas lesiones de ese tipo que ya era tiempo de que alguien nos revisara el problema.

Todos sabemos que esta complicación se presenta con los caracteres de una gangrena isquémica en los puntos de apoyo del cuerpo, en la nueva posición de enfermo, y que evoluciona en dos fases. Una primera, cerrada, que puede durar hasta un mes y muchos meses a nivel del talón. Que se abre con la confluencia de tres factores: enzimas tisulares, fermentos microbianos y los instrumentos de cura, preferentemente las tijeras. Que no cierra hasta ser eliminado el último secuestro tendinoso y la última esquirla ósea. Que la epidermis crece mal sobre este fondo frágil y la cicatrización sometida a frecuentes detenciones proporciona una cubierta débil, muchas veces dolorosa y frecuentemente ulcerada. Si la lesión alcanza la planta del pie, dura interminablemente, mucho más aún que la del talón. Si llega a curar, por este sólo motivo, es enorme el número de días que ha debido pasar el enfermo en su hospital y hasta ha sido causa de una o varias intervenciones quirúrgicas, en la misma medida que van fracasando para dejar por sí mismas secuelas importantes. Hagamos nuestra la bonita frase del autor cuando dice: «las escaras de decúbito son corrientemente los testigos de cargo de un estado general muy grave, casi siempre subterminal». Este es también nuestro concepto y el de la mayor parte de ustedes, pero es también corriente, y muy corriente, que sean causadas por una enfermedad *grave y corta*, que se sigue de recuperación, y es entonces cuando se muestran como un fracaso asistencial: «los enormes progresos de la Cirugía y de la Medicina consiguiendo que numerosos enfermos sean salvados, hace que pierdan en el curso de su tratamiento los tegumentos situados entre el colchón y el sacro, más raramente el calcáneo, durante la fase aguda».

El hecho de que el peligro de la escara, lejos de estar disminuyendo vaya aumentando, hace que su profilaxis tenga importancia para interesar todas las

ramas de la Medicina y no quedar reducida al dominio del practicante y la enfermera en nuestros medios, y cuando mejor organizados, al del cirujano reparador plástico.

En el sujeto normal acostado, la compresión ejercida entre el plano del lecho y los puntos óseos prominentes de contacto, no es isquemiante. Tan pronto se presenta la menor molestias se generan movimientos involuntarios que son la salvaguarda trófica del lugar de apoyo. Estos movimientos son permanentes y persisten durante el sueño, y su desaparición proporciona un elemento muy importante en la producción de la acción isquemiante de la compresión. En su mecanismo más íntimo es la alteración de la oxidación tisular lo que interesa conocer que se interrumpe, precisamente, por la producción de una trombosis venosa primero, y de una arteriovenosa más tarde, para acabar en la gangrena. He aquí, y no nos es posible comentarlo más ampliamente, el interés despertado por las recientes publicadas experiencias de oxigenación plasmática, colocando a animales en sobrepresión y logrando hacer intervenciones exvacuo sin sangre y sin circulación extracorpórea al constituirse en vector oxidativo el plasma, gracias a la combinación de hiperpresión y enfriamiento. No deja de ser un oculto recurso existente en la vida animal y hasta ahora desconocido para nosotros, por el que ampliaremos nuestro conocimiento de las proteínas y de su influencia en todas estas situaciones de presentación de lesiones necróticas. Muy pronto, en este camino, resultará nuestra actual primera piedra proteica un síntoma de lo que para entonces entendamos como función de la misma.

La abolición de los movimientos de vigilancia trófica o su simple disminución (torpor, coma, anestesia, etc.), va casi siempre asociada a una disminución o supresión de la movilidad (parálisis, paresia, fractura, etc.), y en estas condiciones la vascularización del tejido se encuentra disminuída, ya que faltan las contracciones musculares o están también mermadas. Este es el modo en que la acción de la compresión se constituye en factor de primerísima importancia.

A esta situación se puede llegar por multitud de mecanismos, pero son cuatro los que destacan con más importancia. 1.º La obesidad, que aumenta mecánicamente la presión por centímetro cuadrado sobre abundante tejido graso y, por lo tanto, mal vascularizado. 2.º La hipotensión, que ayuda a la compresión mecánica dificultando la circulación de aporte y entorpeciendo la de retorno, favoreciendo los primeros mecanismos para la producción de edema, que en los enyesados es un nuevo factor de comprensión. 3.º La trombosis intravascular. De la gran importancia de estos factores circulatorios puede dar testimonio la aparición de escaras en los pacientes con un breve colapso. 4.º La dureza del plano de contacto impidiendo la observancia de la regla de oro del confort: «buen reparto de la presión sobre una larga superficie».

A la vista de estos datos es fácil comprender la importancia que tiene en la mesa de operaciones el mantenimiento de la tensión arterial y la no menor que debe observarse impidiendo que se produzcan con anterioridad a la misma intervención ocasiones que preparen los lugares débiles circulatoriamente a base de soportar indebidas presiones prolongadas. Cualquiera de los elementos señalados puede disponer las cosas para que una pequeña causa desencadene grandes efectos, al sumarse todos en un momento determinado, los preparantes y los desencadenantes, asistiendo así a la producción de una gran necrosis donde no se descubría aparente causa.

Nos parece razonable la propuesta de fundamentar la profilaxis luchando contra dos motivos: 1.º La desaparición de toda creencia errónea sobre el curso y prevención de la escara, y frecuentemente, las pincelaciones con mercurocromo o con cualquier otro pretendido antiséptico coloreado no sirve más que para impedir la vigilancia de la lesión. El mertiolato y los catiónicos que teóricamente pudieran disminuir la infección, no resuelven el problema circulatorio planteado a nivel de la misma. En igual sentido actúan las curas de envolturas con plásticos y las extensas aplicaciones de pomadas y polvos de todas clases, incluso esos largos entalcados que se vienen efectuando hace tanto tiempo.

El otro artilugio que tiene uso corriente y que no deja de estar presente en los servicios hospitalarios, es el cojín circular inflable, muchas veces, sobre todo, si está bien hinchado, para que no se pongan en contacto las zonas de apoyo con el plano del lecho o del asiento. Es este un factor muy importante de agravación de estas lesiones, que no le imputamos ordinariamente, pero es evidente que crea un manguito circular alrededor de la región enferma y que impide la circulación periférica que debería venir a suplir la deficiencia de riego local, es además un elemento de estasis que, como se ha dicho, condiciona el edema, uno de los componentes del mecanismo de producción de las úlceras por decúbito. Se le reconoce al influjo trófico nervioso, a la calidad de las sábanas y al macerado de orinas y de heces todo su valor, que es ciertamente muy secundario frente al componente circulatorio expresado en la dificultad de oxidación a nivel del tejido muerto por asfixia.

2.º Es el segundo factor la interpretación correcta del estado de «lesión reversible» que es la lesión circulatoria de comienzo, constituída por la compresión y caracterizada por la aparición de una mancha rojo violeta o también por una placa de pérdida de la epidermis parecida a una quemadura a los quince días de evolución. Así se anuncia al comienzo la gangrena isquémica. Con estos conocimientos, destacando como factor más importante en la patogenia la dificultad del recambio nutritivo a nivel de la lesión, la alteración de la oxidación local y la tromboflebitis, más tarde trombosis arteriovenosa local y, finalmente, necrosis compresiva, va adquiriendo importancia la terapéutica que intente mejorar la irrigación del punto muerto o enfermo y entre ellas, una vez aparecidas las primeras manifestaciones, *el masaje local*. De aquí que aparte de todos los cuidados generales destinados a estos fines, adquieran tres elementos de asistencia la importancia fundamental.

1.º El *médico*, que debe vigilar personalmente al enfermo, sea quirúrgico o afecto de una enfermedad colapsante, y está obligado a levantar las regiones apoyadas en la cama para inspeccionarlas directamente, por lo menos dos veces al día, pero que, además, con el conocimiento causal, ha de sospecharla y llamar la atención del restante personal insistiendo en sus indicaciones con la misma energía que hace con cualquier otro medicamento a utilizar. La instauración del coma o de cualquier deficiencia circulatoria, proporciona ocasión para redoblar la vigilancia a fin de instaurar el tratamiento muy precozmente.

2.º La *enfermera*, que debe estar perfectamente instruída de los signos de alarma y presta a iniciar el tratamiento sin esperar siquiera la indicación del médico, si ellos se presentan. No hay motivo para no colaborar en la exploración de las superficies de apoyo; incluso en los enfermos tetánicos curarizados e intubados es posible la movilización necesaria para esta vigilancia, máxime si en estas condiciones los riesgos de gangrena isquémica aumentan. A la enfermera corresponde dar la voz de alarma, ante el menor signo sospechoso, para que inmediatamente se dé principio a la actuación del

3.º *Masajista,* que debe efectuar el llamado masaje trófico disponiendo, junto a los anteriores personajes, la colocación o no del paciente en el colchón alternante. El masaje se efectúa en decúbito lateral o levantando al sujeto para descubrir la zona alcanzada por la lesión, con un cojín blando y de superficie uniforme. Debe durar unos quince minutos por sesión y combina pellizcamiento con el masaje profundo, que alcance los músculos, ya que en la activa circulación y contracción de éstos está la más eficaz ayuda terapéutica. Debe repetirse en dos sesiones diarias. Hasta ahora la presencia de lesiones abiertas y secretantes invitó a la cura tópica local y al reposo de la lesión como agente curativo aplicando a su nivel toda clase de sustancias de las llamadas cicatrizantes o antisépticas. La fundamental novedad es el *masaje* como terapéutica de la ulceración de decúbito, y precisamente sin que pueda ser interrumpido sino, muy al contrario, continuado con más insistencia que antes, pese a la ulceración y a la secreción; única forma de lograr el aumento de riego que es preciso restablecer a nivel de la zona alcanzada si pretendemos su reposición y curación. Es el mejor remedio para obtener la curación. «Esto sólo será capaz de hacerla cicatrizar. Sólo esta medida es suficiente en el 80 por ciento de los casos.» Debe ser seguido hasta la desaparición de todo signo de escara.

Si el peligro continúa debe instalarse al enfermo sobre colchón alternante. Se trata de un artefacto inflable y desinflable, alternativamente, con un dispositivo mecánico que accionado por un motor eléctrico es capaz de estar cambiando constantemente de presión interior. De esta forma se logra que la presión sobre el plano de superficie, ejercida por el cuerpo del enfermo, pase alternativamente por fases distintas y que ya no pueda efectuarse la presión continuada sobre un solo punto. En cierto modo efectúa un masaje constante, pero bien entendido que no puede ser dejado sin masaje ningún enfermo, aunque esté instalado en el dispositivo de colchón alternante. Es otra medida que se da como regla no prolongar el reposo dorsal más de dos horas y que hay que cambiar constantemente de posición, sin que exista ninguna milagrosa y capaz de impedir la presentación de estas lesiones.

Es curiosa la observación que carga a los días festivos, en que se reduce el personal de servicio, la agravación de las lesiones en evolución, bien ostensible, y este hecho pone de manifiesto un aspecto que nos preocupa hace tiempo. La discordancia que existe entre la legislación para el personal asistencial y la real eficacia del mismo, interrumpida siempre por los relevos y agravada por el desconocimiento de los pacientes, pese a la mejor organización. Sin alguna relación sensiblera entre paciente y médico, entre enfermera y paciente, los resultados terapéuticos parecen no marcha exactamente igual que con ella, y son óptimos en la plenitud de esta relación humana.

Destaquemos de nuevo que el masaje adquiere así, en este aspecto, la importancia de medicamento de primer orden, y la omisión del mismo tiene que tener igual categoría de sanción que el olvido en la administración de una medicación activa.

Hemos utilizado el procedimiento durante unos meses en nuestros servicios, y naturalmente encontramos dificultades. La más importante es lograr el convencimiento de su utilidad. Es un trabajo más que se le pide al mismo personal y se muestra desconfiado y remiso, pero nos parece que, efectivamente, está logrado un fundamento terapéutico de eficacia.

Una ancianita con una fractura del cuello del húmero es colocada en aeroplano de yeso con cuidadosa protección, pese a lo cual a los tres días ha presentado lesiones de compresión. La determinación de la protidemia nos descubrió una cifra de 3.5. Se trataba de una hipoalimentada, y de toda la vida consumidora del predominio de hidratos de carbono que hemos señalado con CONCEPCIÓN. En este caso el masaje no logró tan manifiesto efecto como la reproteinización de la paciente; la conjunción fue bien eficaz. Esta paciente sirve para mostrarnos la necesidad de atender a un problema de ulceración local desde un punto de vista médico general.

Otro paciente con grandes abscesos por mal de Pott lumbar, guarda inmovilidad en lecho de yeso y cada día, desde la aparición de los signos de alarma, se practica masaje en la región sacra. Se detuvo la progresión de la lesión, pero fijada la atención en la posible ulceración creó un pie equino con gran componente parético, pero evitable si nos hubiéramos visto ayudados de férulas de cauchos que distribuyeran la presión entre la planta del pie y la pantorrilla con parecida intensidad. Comentemos, con este paciente, lo fácil que es olvidar atenciones, aun estando tan a la vista.

Una fractura luxación, de quinta cervical, reducida bajo anestesia, planteó el problema de la inmovilización cervical. Creemos que de haber dispuesto de un aparato ortopédico que sustituyera a la tracción cefálica en los tres o cuatro momentos del día en que debía efectuarse la inspección de zonas comprimidas, no la hubiéramos perdido bajo la repugnante apariencia del enfermo poliulcerado, cuando iniciaba la recuperación de su lesión medular.

En realidad nuestros ensayos tienen escaso motivo para garantizar la indicación que hemos expuesto, por eso oigamos a MOLLARET contando que una enferma con sección cervical sometida a todos los cuidados durante tres meses sobre colchón alternante, no presentó ninguna ulceración, y al haberse interrumpido un día el dispositivo sin que se pudiera reparar con la debida prisa, hicieron su aparición las úlceras de decúbito, rápidamente, aun continuando todos los restantes cuidados. Considera su caso con valor de experimento y cree firmemente en la eficacia del proceder.

A nosotros nos será imposible contar por el momento con este dispositivo que entra fácil a comprenderse. Pedimos su ensayo a la mejor organización de otros compañeros de la provincia.

RESUMEN

Se atrae la atención sobre esta molesta y persistente complicación postoperatoria, cada vez más frecuente, conforme van ampliándose la duración de las intervenciones y se hacen más prolongadas las condiciones anestésicas y de colapso circulatorio.

Fundamenta su profilaxis luchando contra dos motivos: 1.º El creer que su desaparición estriba en la antisepsia local con las pincelaciones de catiónicos y tópicos. 2.º En la interpretación correcta de que se trata de una "lesión reversible", para mejorar su irrigación y oxigenación de los puntos enfermos y establecer un activo amasaminto local.

Señala el papel activo que incumbe, en su prevención y cuidado, al cirujano, al médico, al personal de enfermeras y al masajista, destacando las ventajas del masaje constante y de la colocación adecuada sobre colchón alternante, con lo cual se evitan o curan con rapidez estas ulceraciones por decúbito.

Dirección: General Mola, 12. Santa Cruz de la Palma (Islas Canarias)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LA ARTERIOESCLEROSIS

POR EL

DR. A. ENRIQUE DELSO BLANCO

GALLOCANTA (ZARAGOZA)

A esta enfermedad, con su incalculable extensión y las graves consecuencias en los distintos territorios de la economía, da la impresión de no habérsele otorgado aún toda la atención que merece, tanto en lo que se refiere al estudio de la enfermedad en sus diversos problemas científicos que tiene planteados, como al enfermo de arterioesclerosis.

Quizá su etiología y patogenia tan oscuras aún en el detalle fundamental; quizá los tratamientos tan poco eficaces y la clásica impresión de considerarse, en cierto modo, como un proceso irremediable en la involución orgánica, es lo que haya hecho que muchos la olviden como cosa imposible.

Ciertamente que siempre se diagnostica y atiende debidamente una esclerosis coronaria, encefalopatía arterioesclerósica, esclerosis renal, etc., como proceso cardíaco, encefálico y renal, y no es lo de menos; pero no es corriente prestarle atención como enfermedad del sistema vascular propiamente dicha.

Pretendemos, pues, llamar la atención sobre hallar la arterioesclerosis en las arterias (valga la frase), y no dar lugar a encontrarla más tarde, a través de un órgano afectado.

Por lo tanto, trataremos de describir los procedimientos exploratorios más prácticos, sencillos y asequibles a todos, mediante los cuales muchas veces la descubriremos y otras la sospecharemos, antes de que sus consecuencias más comunes nos la delaten en la forma que ya expusimos en nuestro trabajo publicado en «Trazos», núm. 7, 1958, donde completamos el tema en el sentido del diagnóstico y clínica.

No debe servir, pues, la cómoda postura de suponerla en toda persona en la edad esclerosa de la vida, si objetivamente podemos cerciorarnos de ella.

Y ni que decir tiene que estos procedimientos exploratorios, no sólo nos podrán dar el diagnóstico puro de arterioesclerosis, sino que nos han de ayudar a dilucidar, en su caso, la índole de una organopatía sospechosa.

Son los siguientes:

1.º Buscar el mayor número posible de arterias accesibles a la palpación, y cuando las palpemos duras, flexuosas y con granulaciones como calcáreas, tendremos una orientación para diagnosticarla. Hemos de hacer notar que existe una degeneración de la túnica media arterial con depósitos calcáreos, la cual no produce ni disminución ni alteración de la luz, que es la esclerosis de Moenckeberg,

y que no tiene nada que ver con la que nos ocupa. Las arterias que con más facilidad abordaremos serán las de encima del frontal y parietal, que incluso pueden llegar a visualizarse sus contornos flexuosos, y la radial, donde se toma el pulso. Y para más seguridad pueden palparse otras más, según los individuos. Será conveniente hacerlo en ambos lados.

2.º Otros síntomas nos los dará la auscultación de la base cardíaca. La presencia de un refuerzo del segundo tono aórtico sin existir hipertensión arterial, y, especialmente, si este ruido es seco y atamborilado, nos hará suponer una aortitis arterioesclerósica. Sin embargo, también hemos de descartar la sífilis, ya que podría tratarse de una aortitis luética. De la misma manera un soplo sistólico o diastólico en el mismo foco aórtico, será prácticamente ateromatoso, eliminando la lúes. Y cuando la exploración a rayos X nos dé un aumento de la sombra del cayado aórtico, especialmente si es de su porción descendente.

3.º También con el esfigmomanómetro podremos obtener alguna orientación, pues un aumento de la tensión diferencial, cuando no proceda de una insuficiencia aórtica, es signo de arterioesclerosis. Advertimos que la tensión diferencial corrientemente es normal, cuando la mínima es la mitad de la máxima más uno. Y es interesante anotar que el aumento de la tensión diferencial que corresponde a la arterioesclerosis, puede quedar anulado y hasta disminuído por una insuficiencia de miocardio concomitante, lo que no sería nada raro.

El hallazgo de cifras altas de tensión arterial puede decir algo a favor de la misma, ya que puede haber hipertensión de origen ateromatoso y viceversa.

4.º La palpación del pulso en la radial, a veces nos da la impresión de hipertonía, apareciendo la arteria tensa y bien delimitada como un cordón, haciéndonos sospecharla si no hay tal hipertensión.

Aprovecharemos para decir que no siempre se define la hipertensión únicamente por las cifras elevadas que nos dé el esfigmomanómetro, pues no para todas las personas y edades es la misma. La consideraremos si se acompaña de su síndrome típico y, sobre todo, del cuadro que más adelante describimos como de retinopatía hipertensiva, ya de la maligna o incluso de la leve y benigna.

5.º Por último, y aun cuando las anteriores exploraciones, que se refieren a las arterias de mediano y gran calibre, resultaron negativas, hemos de recordar que pueden existir únicamente en las pequeñas arterias y arteriolas, por lo que utilizaremos la exploración más fundamental para nuestro proceso y otros: la exploración del fondo de ojo con el oftalmoscopio.

Examinando los vasos retinianos, pueden considerarsen como signos de arterioesclerosis los siguientes: La pérdida del brillo o reflejo luminoso que existe normalmente a todo lo largo de la arteria. Un adelgazamiento de las arterias igualándose en calibre a las venas, normalmente de menos diámetro estas últimas. Esta imagen de arterias adelgazadas y opacas es típica («hilos de cobre»). Incluso el adelgazamiento puede ser mayor, apareciendo las arterias más delgadas que venas y siempre sin brillo. Sin embargo, en estos casos es muy fácil que exista hipertensión maligna en concomitancia con ella. También da la arterioesclerosis la imagen de pequeñas arterias obstruídas, apareciendo el resto del vaso vacío y blanco como un «hilo de plata». Otro signo es el entrecruzamiento arteriovenoso, apareciendo debajo la vena exangüe en el lugar del cruce, simulando un «pico de flauta».

En la retina no nos pasarán desapercibidas las placas de esclerosis, pequeñas e irregulares, blancas o como nacaradas, diferenciándose de las manchas de exudados, más grandes y difuminadas como «copos de algodón», propias de hipertensiones malignas, nefritis, papila de estasis, diabetes, etc.

Advertiremos que las arterias pueden simular adelgazamiento con relación a las venas, y no ser por arterioesclerosis y sí por engrosamiento de las mismas, lo que suele ocurrir en estasis circulatorios más o menos generalizados o localizados, por hipertensión intracraneana, papilitis, etc.; pero suelen diferenciarse fácilmente por ir acompañado muchas veces del estasis de la papila. Y también puede aparecer engrosamiento de las venas en la diabetes, y aquí las manchas de retinopatía diabética, en la mayor parte de los casos, y el resto de la sintomatología, nos hacen salir de dudas, aun cuando es muy frecuente que la diabetes desencadene precozmente el proceso que nos ocupa y se hallen las imágenes de ambos.

No dejaremos de hacer una somera alusión a la retinopatía hipertensiva, por las posibles conexiones que a veces pueden darse y de hecho se dan con frecuencia, con la esclerosis vascular, para juzgar sobre el diagnóstico diferencial. En la primera, especialmente si es maligna, el angioespasmo arteriolar es más intenso y siempre las arterias son más delgadas que venas. Si no hay esclerosis no tiene porqué faltar el brillo arterial, pero en este grado rara vez dejan de concurrir ambos procesos. Además, en la hipertonía, y con mayor motivo si es maligna, existirán las manchas de exudados y la papila de estasis, signos que no aparecen en la arterioesclerosis pura.

Aun cuando no haya manchas de exudados ni papila de estasis, la presencia de angiospasmo, pero con buen reflejo luminoso e ininterrumpido, puede autorizarnos a pensar en una hipertensión en sus comienzos, leve, y esto aun prescindiendo prácticamente de las cifras del esfigmomanómetro.

RESUMEN

Se describen una serie de procedimientos sencillos y prácticos, para intentar llegar al diagnóstico de la arterioesclerosis, siempre, a ser posible, antes que la delaten las organopatías de esta etiología.

Estos procedimientos tienen como fin intentar explorar lo más directamente posible las arterias enfermas, no tan sólo las de mediano y grueso calibre, sino poniendo también verdadero interés en las de menor tamaño y arteriolas, por medio de la exploración del fondo del ojo, procedimiento que se considera del máximo interés.

Dirección: Gallocanta (Zaragoza)

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

EDUCACIÓN SEXUAL DE LA MUJER

POR EL

DR. ANTONIO CASIELLO

PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA EN LA UNIVERSIDAD DE ROSARIO (REPÚBLICA ARGENTINA)

INDUDABLEMENTE, se percibe en nuestros días una saludable inquietud en torno al problema de la educación sexual en general que, por nuestra parte, modestamente, hemos abordado en diversas oportunidades. Cuanto se haga con recta intención, para esclarecer este importante, difícil y escabroso asunto, debe merecer el interés de todos los que se preocupan por el bienestar familiar y social de la humanidad; de allí que el intercambio de ideas y la crítica constructiva y honesta, frente a opiniones dispares, puede y debe dejar un saldo favorable, aclarando conceptos y fijando posiciones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Refiriéndonos concretamente a este tema, en relación con la mujer, es incontestable que, por razones diversas, se la ha mantenido, y así se sigue, en una supina ignorancia en la materia, con graves consecuencias, de las cuales sólo algunas —ya que, en general, las más, se sufren en silencio— llegan a la consulta del médico. Es evidente que existe un pudor, por error exagerado, que lleva a confundir inocencia con ignorancia; lo serio es vencer esta última condición respetando, sin embargo, a la primera. Cuando se habla con naturalidad a niños y adolescentes sobre estas cuestiones, se les instruye; pero ha de hacerse procurando conservar razonadamente la pureza de pensamientos para no caer — y éste es el riesgo grave y la seria responsabilidad del que enseña o educa— en el estímulo del instinto, en la agresión al pudor, que deben conservar la niña y la mujer como uno de sus más preciados tesoros, como uno de sus más delicados encantos. No se hable, pues, para criticar, de *falso*, sino de *exagerado* pudor, ya que la falta del mismo raya en la prostitución... de hecho o «in mente».

La correcta educación debe orientarse en el sentido de la preservación para la castidad, pero con un claro conocimiento de los problemas inherentes al sexo, que incluirá las diversas etapas de la vida, desde la niñez hasta la maternidad. No se han de descuidar los primeros años de la vida, ni se ha de subestimar —con peligrosa ligereza en nuestro concepto— la llamada «etapa masturbatoria fisiológica». Por definición esa práctica es antifisiológica, es contra-natura; su frecuencia, de todos conocida, y su *relativa* inocuidad, cuando no se abusa de la misma,

no nos autoriza a considerarla como del todo anodina y, entonces, presuntamente fisiológica; nadie puede, por otra parte, dosificarla para no caer en el abuso. Y, en definitiva, cuando se logra educar al niño, *en ambos sexos*, alejado de ese vicio, se ha obtenido un triunfo moral de un valor formativo de imponderable significación, al darle conciencia de su capacidad para el dominio del instinto.

En cierta oportunidad escuchábamos la disertación de un distinguido psiquíatra, quien, desarrollando este tema, hizo algunas consideraciones finales para restar significado patológico a la masturbación; dijo en frases efectistas y amables... «todos hemos gateado, todos hemos tartamudeado y todos nos hemos masturbado», agregando algunos conceptos sobre la edad en que tales hechos podían considerarse inocuos, pasada la cual se entraba en lo patológico. Conociendo bien estos problemas, sin divagar en las nubes —afirmando los pies en la tierra—, se puede sostener que, aceptando la frecuencia grande de los hechos apuntados, nada nos autoriza a generalizaciones ligeras; y que aquí, como siempre en medicina, es absurdo e ilógico hablar de todos o de nadie, de siempre o nunca, de cero o de cien por ciento. Naturalmente, nos referimos a observaciones no hospitalarias —donde llega lo patológico—, sino a las de carácter familiar y social donde puede presumirse, por lo menos, un ambiente discretamente cultivado.

Pero lo que nos interesa destacar sobre todo, es que no sólo se pretende minimizar la importancia de las consecuencias de la masturbación, sino que se llega a sospechar, y aun a sostener, que la ausencia de tal hábito puede redundar, de alguna manera, en perjuicio para el futuro, como se afirma sin razón, según veremos más adelante.

Sostenemos, pues, categóricamente, que es plausible y es saludable orientar a las niñas en la senda de la castidad —bien entendida, de hecho y en espíritu— desde la primera infancia, haciéndoles *conocer* el problema para ayudarlas a alejarse de la ocasión de caer en tal vicio —en tal *pecado*, dicho sea sin eufemismo— mediante una prudente enseñanza y una adecuada formación moral y religiosa.

Llegará la época de la pubertad, y la madre aleccionará a la hija oportunamente, sobre la menarquía próxima, hecho que en nuestro medio es ya una práctica relativamente extendida, hasta parecernos una evidente exageración el aforismo según el cual: «La primera menstruación es, casi siempre, el acontecimiento más dramático, que recuerda la mujer, de su adolescencia». En este asunto el médico de familia es quien debe dar la orientación.

Preparación para las nupcias

El fallo grande de nuestra época es, sin discusión, la falta de preparación para el noviazgo, para el matrimonio y, de consiguiente, para la maternidad. Se ha dicho con acierto, que tal ausencia de capacitación es sencillamente espantosa. Se consideran los acontecimientos como problemas de carácter social, sin otra trascendencia; se piensa más en el atuendo de la boda, en la fiesta, en el viaje, en la luna de miel, que en el objeto y fin reales del matrimonio: la constitución del hogar, la procreación y la crianza y educación de la prole... cuando no se llega a él ya con la predeterminación de frustrar su objetivo mediante prácticas anticoncepcionales. Dejando de lado, para no extendernos demasiado, las consecuencias morales, físicas y sociales del neomalthusianismo, volvamos sobre la falta de preparación en el noviazgo, reduciendo el problema al ángulo médico, para no detenernos en otro aspecto tan trascendente como el adecuado conocimiento mutuo de los futuros cónyuges para que puedan entenderse convenientemente en el hogar a constituir.

Desde nuestro enfoque, debemos advertir a ambas partes, claramente, que es un inconveniente tan serio el exceso de temor de ella, como la torpeza de él, en los primeros contactos; uno y otro fallo, o ambos unidos cuando se presentan, suelen dejar como lamentable saldo, traumas de orden psíquico e injurias orgánicas perdurables y difíciles de superar, convirtiendo con frecuencia el acto afectivo y placentero, en un estado de repulsa, de hostilidad, cuya solución —cuando se logra— requieren prudencia y tacto exquisitos de parte del médico. Secuelas de observación corriente son el vaginismo, la dispareunia y la frigidez. Hay casos que llegan a lo dramático: un señor, cuarentón, habituado a la vida disipada, casado —o «unido»— por tercera vez, y en esta oportunidad con una mujer culta, delicada y de gran sensibilidad, consulta por la frigidez que ella acusa, y de la cual la responsabilizaba porque, según decía, el problema había sido planteado antes de la boda. Derivada a un ginecólogo, éste no encuentra nada anormal, pero advierte y previene que el síntoma, motivo del examen, es *muy difícil* de yugular, prescribiendo alguna terapéutica hormonal. Pocas semanas después tuvimos noticias por el cónyuge de que ante el fracaso de la terapia —y, nos imaginamos, frente a la conducta poco amable de él— la pobre infeliz se descerrajó un tiro en la cabeza.

Algún tiempo después, un señor nos lleva a la consulta a un amigo, de veintiocho años, casado diez meses antes, que no había logrado una cópula satisfactoria por resistencia de la mujer, terminando el pobre, con frecuencia, masturbándose. Aleccionado por el caso anterior, no enviamos a la enferma al ginecólogo; por temor al previsible diagnóstico sombrío, la examinamos por nuestra cuenta y, mediante una psicoterapia sencilla, y poco más, devolvimos la calma y la tranquilidad a la pareja atribulada.

La frigidez sexual

Detengámonos un momento más en este síntoma de tan frecuente observación. Todos conocemos casos de multíparas, de vida familiar normal, que lo presentan, sin asignarle mayor significación, hasta el punto de que rara vez es motivo de consulta espontánea. Es natural que sale de lo normal, que no es fisiológico, y que merece atención profesional adecuada. Pero es evidente, también, que no es necesario, ni conveniente, sobreestimar su importancia, ennegreciendo con tintes sombríos el futuro, como en el caso antes citado. Ahora bien, sin caer en lo que podríamos llamar tal falta de discreción en el orden práctico, tampoco en el orden especulativo es posible exagerar su trascendencia. Aun faltando ese importante detalle —de gran significación psicológica, si se quiere— en la concreción de una cumplida y satisfactoria unión sexual, lo cierto es que el acto se realiza, y la vida conyugal —si no faltan la estima, la buena voluntad y la comprensión recíprocas— se desenvuelve normalmente con todos los demás atractivos de diverso orden, en la convivencia armónica, y con la procreación, cuidado y educación de los hijos, etc. Lo contrario significaría reducir la vida en el matrimonio al ámbito del instinto, respetable por cierto, pero que debe guardar su debida proporción frente a los demás elementos afectivos, psíquicos, espirituales e intelectuales que hacen del hombre algo distinto y superior a la bestia.

Sorprende, en efecto, se llegue a afirmar que la frigidez representa, «además de una invalidez personal, el punto de partida de una verdadera herejía social»; o «que no es posible que la mujer —en tales condiciones— forme hogares y genere hijos sin tener la mínima compensación que significa el placer de sus

conjunciones carnales»... como si las demás elevadas y nobles satisfacciones de una sana y tranquila vida de familia, nada valieran. Y se agrega: «el casi convencimiento de que los hijos nacidos de cópulas anorgásmicas debe llevar casi necesariamente a la formación de hijos realmente distintos a los otros». Un exagerado entusiasmo por resolver el problema —noblemente inspirado, a no dudarlo— conduce al riesgo de formular tales asertos, carentes, a todas luces, de base real, de apoyo lógico y científico. Basta echar una mirada hacia atrás para recordar casos, como hemos dicho, de multíparas siempre frígidas —que han sublimado el instinto maternal—, que son excelentes esposas y madres, sin muestra alguna de «*invalidez personal*», sin constituir una «*herejía social*» —sic— y cuya prole en nada puede diferenciarse de cualquier otra, como casi se afirma, en una vista especulativa, personal y sin fundamento alguno.

Castidad y masturbación

Pero ello no es todo; esto, en todo caso, es teórico e inofensivo. Más serio, abundando sobre el tema, es atribuir la etiopatogenia de algunos casos de frigidez, «unas veces a un intenso pasado masturbatorio, y otras, a la *ausencia absoluta de esta práctica sexual*». Lo primero es lógicamente aceptable, porque nos enfrenta con un estado de perversión que ha habituado a quien lo padece a una técnica contra-natura, logrando así su auto-satisfacción; de tal manera que la función al realizarse fisiológicamente, puede significarle un choque difícil de soportar.

Pero afirmar que la falta absoluta de esa práctica sexual pueda ser incriminada como factor etiológico, nos resulta totalmente incomprensible. Si se consigna tal antecedente en la historia, nada autoriza a asignar a esa común *coincidencia*, el carácter de elemento causal; en efecto, la castidad, por una parte, y la frigidez, por otra, son tan frecuentes que su coexistencia en una mujer no puede llevarnos a considerarlas ligadas por el nexo de causa a efecto, sino como hechos simplemente coincidentes. Ya hemos dicho, y lo repetimos, que la castidad, en ambientes de sólida formación moral, es de observación corriente y, agregamos, totalmente compatible con un perfecto bienestar físico y psíquico. Negamos que se pueda considerar a la masturbación como un hecho fisiológico, sencillamente porque es —insistimos— una práctica contra-natura. No se debe, en consecuencia, discriminar como hechos anormales sólo «los casos que exceden *los correctos límites fisiológicos*», como queriendo cohonestar con blandura —o aun sugerir— la práctica *moderada* de tal pecado cuyos «correctos límites» nadie puede determinar, porque lleva, insito, el carácter de reservado, en cuya virtud ha merecido el calificativo de «vicio solitario».

Frigidez selectiva

Más peligroso y contraproducente aún, hablando de educación sexual femenina, es aludir al problema de la «frigidez selectiva», es decir, a su vigencia con determinada persona y no con otra. Su realidad es, sin embargo, indiscutible. Un antiguo venereólogo francés, consultado por un muchacho —asombrado éste, por un escurrimiento uretral, que sólo él presentaba entre varios amigos saciados en la misma fuente, ¡que seguramente debía ser cristalina!—, explicó el hecho con una elegante frase, propia del «sprit» de su tierra: «Le chiosi du coeur, c'est le choisi du gonocoque».

La frigidez selectiva existe, pues; pero dejémosla en el ámbito del lupanar, que le es propio. No se concibe que este concepto salga de ese clima y se pretenda

tenerlo en cuenta cuando actuamos como médicos en nuestro medio corriente, cuyo nivel moral debemos contribuir a sostener y a elevar. Muy otra es la deplorable actitud de colegas que no tienen reparo en aconsejar, groseramente, a la esposa frígida, como prueba, «el cambio de monta», envolviendo la dignidad de la profesión en hálito o miasma de prostíbulo.

Cosas de un «decálogo»

Lo malo es eso. Se pretende trasladar los problemas a hogares normales, a título de «*educación sexual*». Y entonces se advierte a la niña, en tono admonitorio, para prevenirla, que muchas mujeres como ella... «hasta tienen hijos..., pero jamás han encontrado placer en sus relaciones maritales y sí motivo de franca tortura». Se la invita a que adquiera instrucción sexual honesta, y se agrega: «No te preocupes cuando sientas la efervescencia de tu erotismo; es lo que corresponde; laméntate cuando eso no ocurra».

Esta transcripción forma parte de un llamado «Decálogo sexual de la mujer», con el cual el autor sospecha que estarán de acuerdo todos los que tienen alguna vinculación con la sexología.

Creemos y sostenemos que la sexología es un importantísimo sector de la medicina que, por factores varios, ha sido subestimado, despreciado y relegado a un peligroso e inconveniente olvido. Por falta de decisión o por ignorancia, se elude tratar el problema de la educación sexual y se deja abandonada, al albur de las circunstancias, la formación integral —y en particular la sexológica— de los niños y de los jóvenes. Las consecuencias saltan a la vista, y no carecen de importancia las que inciden a esa edad y se manifestarán más tarde en la futura esposa y madre, según venimos comentando.

Sólo que hay diferencias de criterios para abordar este serio problema. Desde un ángulo pansexualista, como ha sido enfocado en el decálogo aludido, parecería reducirse todo a la formación educativa, en el sentido de lograr una cópula perfecta, como suprema aspiración, a fin de alcanzar la felicidad apetecida. Para ello se advierte a la niña frente al posible riesgo de su futura frigidez; mas, nos preguntamos: ¿qué puede hacer la niña, o aun el médico, para preverla y —supuesta tal videncia— para remediarla? Se le sugiere entonces que acepte «la efervescencia de su erotismo», y se la amedrenta si eso no le ocurre, pues puede significar una perturbación sexual que la constituirá en una «*inválida social*». Pensamos que si se le estimula el deleite en la autocomplacencia psíquica, se le lleva de la mano a caer en vicios de hecho, a los que antes hemos aludido; diríamos más: tales sugestiones constituyen una invitación, apenas velada, a la práctica masturbatoria llamada «fisiológica». Y nadie haría eso con una hija. ¡No hacerlo, pues, con la hija del prójimo!

Lo que corresponde es enseñar honestamente que el erotismo es fisiológico, instintivo, y que es menester gobernarlo y sublimarlo, eludiendo y superando las mil y una ocasiones de estímulos procaces que lo encienden... y no echar leña a la hoguera.

Y el decálogo sigue: «VI. Del hombre que te enamores, no sólo aprecies sus virtudes físicas, económicas y espirituales (esto, lo espiritual —acotamos—, en último término); procura de que su sexualidad sea adaptable a tu personalidad erótica; esto es de tanta importancia para tu porvenir como las otras cualidades».

Confesamos que apenas alcanzamos a vislumbrar la intención del autor; pero nos imaginamos el embarazo moral, el complejo psíquico que significaría para una

niña escuchar de boca de su padre o de su médico, esa tremenda y confusa recomendación. Pero, aun supuesta su comprensión cabal, ¿cómo habría de proceder para estudiar la sexualidad del hombre y para averiguar si es adaptable a su propia sexualidad erótica? No sabemos si el autor es partidario de la aberración que significa el llamado «matrimonio a prueba»... que parecería ser el recurso y la experiencia que permitiesen descifrar aquel enigma. Nada se dice, al respecto; pero tampoco se sugiere otro medio. Si tal sistema no se aconsejaría a una hija... ¡tampoco a la hija del prójimo!

«VIII. Si padeces anomalías o aberraciones sexuales, corrígelas antes de casarte, y si te has casado a pesar de tu alteración, trata de evitar la maternidad.» Tampoco resplandece la claridad conceptual en este octavo precepto. Si presuponemos que todo gira sobre la «terrible» frigidez —leitmotif— del decálogo, no se indica el recurso profiláctico o terapéutico; en cambio, sí, una orientación negativa: evitar la maternidad. Digamos, en seguida, que el neomalthusianismo ha sido incriminado, con razón, como verdadero factor etiológico de frigidez, de dispareunia y aun de infertilidad; y todos hemos observado casos en los que dichos trastornos, ausentes en las primeras épocas del matrimonio, se presentaron después, y a raíz de prácticas contra-conceptivas... «como si la naturaleza se cobrara por la frustración de que fue objeto», según agudamente se ha afirmado.

Educación sexológica moral

Insistimos, para terminar, que es muy plausible el sano propósito de realizar una elevada y honesta educación sexológica, llenando así un lamentable vacío que todos debemos contribuir a colmar. Pero, naturalmente, es menester que aguicemos el sentido de la severa responsabilidad moral que ello implica —sin llegar, por cierto, a amedrentarnos y hacernos retroceder—, procediendo así con exquisita delicadeza y prudencia.

Hay que considerar al ser humano en toda su magnitud —espiritual y física— para comprender que lo que inclusive importa en primer término en el problema que tratamos, es el control, el estímulo y la elevación de sus condiciones psíquicas, morales e intelectuales, dejando para un segundo término, pero sin desatenderlas, las de orden somático y, entre ellas, las sexológicas. Buscar en las relaciones del noviazgo la preeminencia del amor puro, la vinculación espiritual y afectiva en el trato mutuo, libre —hasta donde sea posible— de la tormenta del erotismo que, si no se sublima y encauza, empañará la pureza del alma, que —dígase lo que se quiera— es la mejor garantía para un matrimonio feliz. Si llegado a él, surgen problemas, totalmente imprevisibles —según decíamos más arriba—, bienvenida entonces la intervención del profesional, sensato y moral; descartados o tratados si existieran, procesos de carácter orgánico, recordemos que una sana psicoterapia puede ser la solución de muchos problemas conyugales, magnificados por las partes, en su ignorancia, introversión y excesivo pudor por exteriorizarlos en la consulta con el médico confidente. Bastará muchas veces llamar a la reflexión a los esposos —sobre todo a él— en el sentido, precisamente, de que el matrimonio es algo más, mucho más, que la satisfacción del apetito sexual, del instinto de la bestia; para que el hombre se acostumbre a contemplar a su mujer en todos sus quilates, y no primordialmente o en forma exclusiva... como una hembra. Habrá más afectuoso trato de parte de él y más espontánea, cordial y sumisa entrega de ella. Y se allanarán muchas dificultades... más aparentes que reales, con no poca frecuencia.

Y si la frigidez subsiste, surgirá —con una clara comprensión de un esposo bien centrado, normal y moral— su adecuado conformismo; y de parte de ella, no la farsa y el disimulo, ridículos, de que suele hablarse, para ocultar la ausencia de voluptuosidad, sino el noble afán de complacer al cónyuge procurando, en común, restar importancia a tal hecho, compensándolo con otras satisfacciones que la mujer inteligente y afectiva sabrá brindarle a manos llenas. Ni opondrá, ella, reparos al ser requerida a «pagar el débito» cumpliendo con su compromiso como esposa que, en virtud del amor prometido, se da, sin pedir, en una verdadera entrega, sin egoísmos, con la generosidad del amor que no impone reciprocidades. De ello surgirá, como recompensa, la satisfacción del deber cumplido que superará, fuera de duda, al placer fugaz del instinto y contribuirá, como *sana psicoterapia*, a superar factores de ese orden, que tan a menudo inciden en la normal función generadora. Se obrará así con lógica, procurando una adecuada solución al problema, sin dramatizaciones y prevenciones contraproducentes.

Y si esa mujer tiene la fortuna de no haber leído el «decálogo» que comentamos, y no ha tenido motivo para preocuparse por la mentada «alteración», y no ha tratado de «evitar su maternidad», verá colmado su sueño de mujer, cuando llegue a contemplar en su regazo el fruto de sus entrañas, en suprema delectación espiritual, que permitirá comprobar —a la pareja— cuán pequeño resulta, comparativamente, aquel déficit orgánico o funcional.

RESUMEN

Se destaca la necesidad de reaccionar frente a la indiferencia con que se considera el importante problema de la educación sexual; pero, se afirma, es indispensable proceder con exquisita prudencia por el riesgo de provocar incitaciones al pecado, en vez de velar por preservar la castidad —bien entendida— en niños y jóvenes, de ambos sexos; y se critica la tolerancia manifiesta al considerar "fisiológica", a cierta edad, la masturbación, que es siempre un vicio contra-natura.

Se habla de la habitual falta de preparación para asumir la grave responsabilidad que significa la constitución de un hogar; se comentan normas divulgadas que exageran la importancia de la satisfacción de la líbido, como condición fundamental para garantizar la armonía conyugal. Se alude a la frecuencia de la frigidez femenina, cuya trascendencia es destacada exageradamente por algunos, hasta el punto de sostener la conveniencia de prevenir a ese respecto a la joven, antes de casarse —como si de ella dependiera la posibilidad de evitarla o de subsanarla—, que si esto le ocurre, puede constituirla en una "inválida personal" o en una "herejía social", llegándose hasta aconsejarle que en tal condición evite la maternidad, porque hijos de uniones anorgásmicas podrían nacer distintos de los normales. Se rechaza por infundadas tales afirmaciones, sosteniendo —al contrario— que el neomalthusianismo que se sugiere, amén de otros males, es causante no sólo de frigidez, sino de dispareunia y de infertilidad. El autor agrega que es menester destacar los valores morales y espirituales que deben privar en el matrimonio, tratando —o superando— la frigidez mediante una adecuada psicoterapia que convenza al esposo que tal hecho no es motivo suficiente para sentirse frustrado, y que un sano conformismo afectivo le brindará, de parte de su cónyuge, satisfacciones de otro orden, superiores y más nobles que las del instinto.

Magnificar o dramatizar el argumento, puede llevar a la desesperación, y aun al suicidio, como en un caso que se cita.

Dirección: Buenos Aires, n.º 1.540. Rosario (R. Argentina).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

REFLEJOS CONDICIONADOS

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

En otra ocasión hemos tenido que referirnos al tema sobre inmanencia vital, considerando algunos niveles de actividad funcional.

Ahora quiero fijar la atención sobre esa especificidad dinámica que se conoce con el nombre de reflejos condicionados, cuya doctrina se debe a las experiencias de P. PAVLOV.

Antes de entrar en detalles, debo referirme al sentido o acepción en que se toma el concepto de reflejo condicionado, cuya cualidad esencial es la de intervenir en la mecánica natural, en sus correlaciones, entre las diversas funciones encomendadas al sistema nervioso en general.

Las experiencias que condicionan los enlaces entre los distintos niveles funcionales reflejos responden a una valoración cuantitativa y cualitativa de los efectos fisiológicos en los organismos. Desde luego que sus fundamentos descansan, sobre todo, en la fenomenología aneja a las funciones de nutrición o metabolismo, en primer lugar, para luego ser objeto de estudio posible en un nivel superior concretamente racional.

Dado un reflejo innato o absoluto de orde vegetativo, determinar en el tiempo la consiguiente reacción fisiológica poniendo en acción estímulos previamente valorados específicamente, físicos, químicos o biológicos intencionalmente condicionantes, que nos darán la medida del efecto orgánico que se busca, ya en una zona funcional, ya en otra, con sus posibles repercusiones dinámicas.

Sabemos que todo arco reflejo responde a un esquematismo dinámico entre un sistema sensible y otro motor, con un centro regulador de mutación entre ambos sistemas. Este esquema presenta en sus distintos niveles sus áreas respectivas funcionales delimitadas topográficamente, que sirven objetivamente para la interpretación de la interactividad fisiológica en general. Sus componentes lo forman vías aferentes, centro y vías eferentes o emisivas, las cuales obran sinérgicamente en todo reflejo absoluto innato o congénito. Como experimentalmente podemos actuar sobre cada una de esas partes, o sobre el todo, entonces lo condicionado entra en juego con los distintos medios puestos a nuestro alcance. Por lo tanto, fácil será deducir que al condicionar, que equivale a hacer depender de algún factor la relación funcional entre los distintos sectores propios y otros de asociación, su resultado será la observación de un cuadro en que uno o varios arcos reflejos se consideren como condicionados fisiológicamente.

En el caso concreto de PAVLOV, la experiencia del estímulo sonoro condiciona el mecanismo inmanente gastrosecretor del animal, perro, a un momento habitual que el autor, con su metrónomo, regula rítmicamente su producción a voluntad. Si en lugar de un estímulo sonoro se utilizan estímulos visuales, táctiles, olorosos o de otra naturaleza, como calor, luz, electricidad, etc., los efectos logrados guardan cierta analogía por tratarse de signalizaciones que actúan dinámicamente sobre arcos reflejos de tipo y nivel instintivo cuyas áreas afectan a la unidad y trascendencia vital de todo ser.

Por lo que afecta a la naturaleza e intensidad de los estímulos «señales», se pueden admitir grados de los umbrales respectivos supraliminares e infraliminares, entre cuyos límites está el umbral normal o escalar fisiológico que podemos estudiar metrológicamente con sus correspondientes notaciones numéricas, con finalidad estadística.

Estas experiencias biológicas hacen referencia a un dinamismo vital o fisiológico relacionado con estímulos que lo condicionan en sus diversas manifestaciones, ya sean externos físico-químicos, o ya internos o biológicos, por los cuales llegamos a las conclusiones que se persiguen.

Conviene a este respecto fijar bien las ideas en el sentido de que nuestras experiencias sobre la vida afectan a lo funcional en el orden meramente relativo y modal, que nada tiene que ver con las causas eficientes de organogenia con sus principios y leyes de desarrollo; lo eficiente determina leyes y formas; las condiciones sólo afectan a un orden funcional preestablecido.

Estas experiencias nos sitúan ante la posibilidad de que lo condicionado hace referencia mental de una hipótesis de trabajo de horizontes limitados. por cuanto podemos recurrir a series las más diversas de estímulos en los distintos niveles de arcos reflejos, medular, instintivo y, sobre todo, en el mental o humano, que es tanto como admitir series y series de causas a efectos, capaces de determinar las leyes que rigen la dinámica de los centros nerviosos en general. No está lejano el día en que entre un sistema receptor y otro emisivo se pueda alterar o modificar experimentalmente una específica función tras cuyo efecto se deduzca la interpretación necesaria. Por lo tanto, lo condicionado resulta ante un análisis conceptual, que presenta un horizonte de universalidad por sus relaciones de causalidad y finalidad, en las genéricas funciones del sistema nervioso, porque este sistema estructura, rige y gobierna las formas vitales en sus distintos niveles anatómicos, y esto no lo podemos concebir sin un orden y conexión dinámico entre las partes para constituir un todo unitario, sea cualquiera el género o la especie que se considere; todo lo que sea el aplicarse a la investigación metódica de lo funcional nervioso, constituye el fundamento de la ciencia clínica.

En la sistemática de los arcos reflejos se admiten tres niveles:

1.º El que informa un dinamismo elemental, primario, involuntario, inconsciente de nivel medular, con una sistemática neuromotora, abierta en su representación espacial y que en el orden fisiológico responde a un dinamismo elemental con respuestas inmediatas a los estímulos físico-químicos y cósmicos. Sus áreas son delimitadas, próximas y concurrentes en sinapsis, distribuídas en todos los territorios anatómicos, en íntima correlación funcional con el sistema nervioso vegetativo al cual sirve de soporte fisiológico y punto de partida para nuestros juicios anatomo-fisiológicos en general. Su mecanismo reconoce un dinamismo lineal de clara representación esquemática en sus efectos, pero que dado el orden y conexión de los dinamismos fisiológicos todo lo medular son causa y reflejos concatenados con los correspondientes al otro arco medio o vegetativo.

2.º Si somos consecuentes en la consideración de la unidad individual de los seres vivos, tenemos que admitir las correlaciones funcionales de los respectivos arcos reflejos orgánicos entre unos y otros, y, en este caso, el arco instintivo o vegetativo como intermedio entre el simple medular y el racional en la especie humana.

Está constituído por la unidad orgánica y funcional de los llamados simpático y parasimpático con doble actividad excitante e inhibidora como módulo funcional ante la diversidad de estímulos bioquímicos en sus operaciones de oxidación, reducción o síntesis orgánica, en su doble corriente anabólica y catabólica, la nutrición en general. Es en este nivel donde se operan los principios de regulación u ordenadores del equilibrio funcional. Además, a este sistema conferimos un poder instructor de formas genéticas, desde las más simples y primarias a las más complicadas, en gracia a que por su actividad la vida, sea cualquiera su género y especie, se perpetúa en el tiempo.

Desde el punto de vista de representación esquemática, aun en las series más simples, no puede ser otra que la de un arco reflejo cerrado en sí mismo por necesidad funcional de desarrollo y perecimiento denominador común a todo existir individual, o sea, una pura razón de inmanencia vital, la cosa en sí del ser viviente, su ser y su devenir; la causa eficiente por la que la materia simple y corpuscular se formaliza en la categoría de ser una naturaleza, un cuerpo vivo. Los vivientes son productos formales que representan un sistema vegetativo. Es en este nivel reflejo donde P. Pavlov y colaboradores han realizado sus delicadas y numerosas experiencias demostrativas de los efectos logrados con sus trabajos sobre reflejos condicionados, en los que se trata de valorar cuantitativa y cualitativamente los efectos fisiológicos en los organismos. Para él existe una actividad analítica y otra sintética en los hemisferios cerebrales, por la cual ambos seleccionan de la totalidad de un complejo aquellas unidades elementales que tienen una significación, y de otro, un mecanismo sintetizador que integra estas unidades individuales en un excitador complejo.

Esta facultad neuroanalítica y neurosintética es una mezcla de actividades de excitación y actividades de inhibición, que dan lugar a reflejos condicionados de tipo positivo y de tipo negativo o inhibidor, con las consiguientes respuestas funcionales, cuyos umbrales serán el fundamento de nuestros juicios neurofisiológicos.

Por ser lo vegetativo el exponente cardinal de la razón vital, estamos ante dinamismos muy complejos. Los estímulos «señales» provocan en los seres efectos fisiológicos bipolares de impulso o de represión, determinados todos por una causa eficiente finalista. Lo vegetativo sustancia lo instintivo como movimiento inconsciente e involuntario dirigido por una razón cuyas formas y esencias creadoras pertenecen a las leyes cósmicas, cuya variedad y desarrollos con sus específicas razones dinámicas, proporcionadas en géneros, especies y clases, nos dicen de su cualidad universal, de su original modo de ser, su poder existencial; en los seres inferiores la subrazón vital actúa con la elementalidad posible de sus movimientos; su arco reflejo es simple, mecánico, de una pureza natural cósmica, como corresponde a leyes de un determinismo fatal y necesario.

3.º En nuestro esquematismo sobre reflejos se llega en lo humano a un nivel o arco superior, consciente e intelectual, donde la mente con razones dirigidas de causa a efecto forman una entidad dinámica propia y específica, cuyos actos reflejos responden a mecanismos que podemos regular a voluntad. En este nivel consciente, lo condicionado es afectado por estímulos «señales» de varios niveles

de conciencia desde lo subconsciente hasta lo más definido mental o de conciencia clara y distinta provocados por causas externas o cósmicas, internas o vegetativo-instintivas y los otros, muy importantes, causados o productos de nuestras formas de vida intelectual y moral, o sea, nuestra razón en sus operaciones pensantes.

Este nivel tiene sus fundamentos en lo somático, como realidad material cuyas leyes obedecen naturalmente, y, por ende, su determinismo es aquello con que nuestra mente tiene que contar por su condición y carácter irreductible en cuanto a su naturaleza. De la interacción entre ambos reflejos resulta un componente: la persona, que es la síntesis cualificada de factores múltiples que forman un complejo indeterminado de impulsos materiales, instintivos, sentimientos, afectos y principios lógicos que confluyen en ese complejo indescifrable y oscuro que es el hombre.

Todas las técnicas que solicitan un saber sobre las correlaciones funcionales entre los diversos esquemas reflejos, constituyen la finalidad de las ciencias en general y las positivas en especial, entre las cuales la fisiología figura en primera línea, por sus relaciones con el orden psicológico y las que por su objeto formal informan la psiquiatría en un orden patológico cuyos estudios la clínica estudia al presente con febril actividad, cuyos campos se ensanchan día a día por su gran importancia en la dirección de la personalidad, de la conducta, de los distintos modos de reaccionar ante el infinito número de estímulos que se tienen que hacer frente, en los casos habituales como en las situaciones extraordinarias, en fin, toda esa casuística, tan extraña como curiosa que a diario nos presenta la literatura y la filosofía con sus tesis originales. Actualmente, la forma de vida responde a un concepto cuya definición apunta a un sistema de correlaciones funcionales, en que ser culto hace alusión a un cierto nivel ordenador vital en que lo condicionado es el supuesto genérico de nuestras maneras de ser y conducirnos.

De lo expuesto se infiere que el arco inferior es puramente elemental y mecánico en cuanto a su finalidad; el arco medio o vegetativo es puramente formal y está ordenado al inferior por su dinámica alternante entre lo medular y lo superior o racional; su función es formal, reguladora de todo intercambio de materiales cósmicos con sus operaciones *a se*, verdadero constitutivo de las figuras vitales en especies y géneros en el tiempo y el espacio. El acto superior o racional humano, con dos fronteras propias en continua actividad y conflicto de reflejos condicionados, que por un lado está imbricado a los impulsos instintivos, y, por otro lado, es receptor de los impactos que las resistencias cósmicas nos presentan, así como las que nos determinan como seres sociales. Estas series dinámicas nos concretan como seres existentes racionales y físicos en perpetua razón de contingencia condicionada. De su complejo activo resulta lo humano en general.

Crítica. — Para nosotros, los humanos, los reflejos condicionados constituyen el fundamento de la dinámica vital. Dado que los centros de mutación de los niveles respectivos, según principio unitario, operan sinérgicos, es desde ellos donde puede estudiarse las correlaciones funcionales, cuya importancia está a la orden del día clínico.

Conviene tener presente que el concepto de acto reflejo en la actualidad no responde de un modo absoluto a respuestas estereotipadas predeterminadas por el arco anatómico, por lo cual la fisiología actual hace referencia a reacciones de dispersión admitiendo reflejos de inducción, aliados y también antagónicos, lo que nos sitúa ante consideraciones que precisan valoraciones críticas muy precisas en

orden a lo funcional en que se opera, porque cualquiera que sea el nivel o arco objeto de experiencia condicionada, está comprobado que la correlación específica es la regla, lo que afirma el principio de unidad individual.

Además conviene tener presente los umbrales fisiológicos para su más exacta interpretación, ya que toda función tiene sus límites, y aquellos otros con los que actúa sinérgicamente. El que existan estímulos excitantes o positivos y estímulos inhibidores o negativos y otros, que podemos interferir, nos sitúa ante juicios valorativos que si en el orden mecánico o instintivo podemos pesar y medir, no sucede lo mismo en el orden psíquico, porque sus reacciones caen fuera de la matemática y casi siempre en el mundo de la voluntad, como seres de conducta, y en el de la metafísica, como seres de pensamiento y espíritu.

En este nivel psíquico el orden y conexión funcional nos sitúa ante un polimorfismo de factores condicionantes o estímulos externos, internos y conjugados en constante interacción, positiva y negativa, de series infinitas en el transcurso de la vida, cuyo conjunto obra en nosotros como agentes determinantes de la personalidad, cuyos aspectos y modos de reaccionar constituyen el estilo, el carácter y modo de ser individual.

Lo que ahora se reconoce como complejos de actividades masivas, encontradas y opuestas, constituyentes de esos estados de agitación, perplejidad y angustia, claro exponente de las series de estímulos condicionantes de todas nuestras funciones fisiológicas que marginan día a día lo patológico, parece ser el denominador común de las formas de vida modernas.

Si nos atenemos a un orden estrictamente psíquico o racional, lo condicionado o experimental actúa de modo transcedente en orden a nuestras ideas generales, con positiva repercusión en nuestros usos y costumbres, en nuestras específicas formas de vida, porque eso que llamamos repertorio educacional, sistemas de orientación profesional y pedagógicos, dirección doctrinal de nuestra voluntad y sentimientos, no son otra cosa que expresión formal de estímulos provocados para dirigir los espíritus según métodos preconcebidos a una ordenación en que lo político, lo social, incluso lo religioso, entran en juego. Siendo lo psíquico lo más dúctil e influenciable a los estímulos, tanto de orden vegetativo como instintivo y racional, a los valores materiales como a los espirituales, la ciencia experimental, la biología como tal, en positivo desarrollo, constituye el más sólido cimiento donde descansan todas las correlaciones psicosomáticas, el dinamismo orgánico que, con su correlato, el espíritu, constituye nuestra realidad existencial a la cual debe adecuarse nuestras opiniones y toda ciencia metafísica, si estamos interesados en que ésta cumpla su legítima y auténtica finalidad.

RESUMEN

Se toma en consideración la dinámica neuronal en sus aspectos de reflejos innatos y condicionados en sus distintos niveles funcionales, neuro-vegetativos, instintivos y del orden racional, como entidades específicas irreductibles funcionalmente, cuya interacción podemos modificar experimentalmente con auxilio de los más diversos estímulos, con las consiguientes prácticas en el campo fisiológico en general.

Dirección: General Franco, 66, pral. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

NOTAS PARA LA PRÁCTICA

CÓMO PRESCRIBIR LAS HORMONAS EN GINECOLOGÍA

POR EL

DR. RAYMOND BENE

LE CREUSOT (Francia)

I. INTRODUCCIÓN

ESTE tema es inmenso, no es posible tratarlo por completo. Ante todo, señalo que elimino toda noción teórica algo complicada; por otra parte, no dudaré en pronunciar los nombres de las especialidades farmacéuticas que empleo más a menudo.

Son necesarios algunos recuerdos:

1.º *El ciclo menstrual* es conocido. El estudio de su mal funcionamiento permite explicar algunas amenorreas. Todo el mundo conoce las amenorreas hipohormonales, pero es preciso saber que las amenorreas más frecuentes son hiperhormonales o, más exactamente, hiperestrogénicas (o a veces normoestrogénicas): la hiperestrogenia bloquea la ovulación, de donde proviene la carencia de progesterona. El único medicamento que debe prescribirse es la progesterona. Se ve, pues, y es una noción capital sobre la cual volveré, que con frecuencia una amenorrea no debe conducir a prescribir foliculina.

2.º *Diagnóstico clínico órgano-hormonal de Béclère*: Esquematizado al máximo, se puede decir que el diagnóstico de un síndrome hormonal puede hacerse por el simple examen clínico: particularmente, un síndrome hipohormonal verdadero muestra un desarrollo tardío, incompleto. Para simplificar aun, si una mujer joven o una muchacha presentan caracteres sexuales secundarios normales: senos, sistema piloso, vulva normal, un comportamiento normal, será preciso dudar mucho antes de prescribir estrógenos, que muy a menudo serán inútiles y que a veces incluso acentuarían un trastorno hormonal (hiperestrogenia) preexistente.

3.º *El tercer recuerdo será una nomenclatura práctica de algunos estrógenos utilizados en la clientela*: existen estrógenos estimulantes de la hipófisis (ciclotrol, distilbeno) y estrógenos inhibidores o frenadores de la hipófisis. Entre estos últimos, unos actúan intensamente sobre el receptor uterino, sobre la mucosa uterina (benzogynestryl, etinil-estradiol), otros tienen poca acción sobre el endometrio (cicladiene, Tace) y tienen mucho menos riesgo de hacer sangrar a una mujer menopáusica.

II. LOS ESTRÓGENOS EN LA ADOLESCENTE Y EN LA MUJER JOVEN

Prácticamente, es preciso recordar que se tendrá poca ocasión de prescribir estrógenos en estos casos. En efecto, se está tentado a prescribir estrógenos en

Traducción directa del francés por el doctor José Rivera Ramos.

dos síndromes: amenorreas e hipomenorreas. Estudiemos rápidamente estos dos síndromes:

1.º *Las amenorreas hipohormonales* (insuficiencia estrogénica, más insuficiencia hipofisaria) existen.

Se acompañan de un aspecto clínico, característico de la enferma. Pero se ha visto que prácticamente estos casos eran raros y que muy a menudo, al contrario, se estaba en presencia de una amenorrea hiperhormonal o de una amenorrea más complicada.

2.º *Las hipomenorreas* pueden tener muchas causas: hipomenorreas constitucionales, espasmos del cuello, sinequias uterinas, sobre todo infección genital crónica.

Pero cuando nos encontramos ante una amenorrea o una hipomenorrea auténticamente hipohormonal, será preciso prescribir estrógenos, y entonces nos dirigiremos al cicloestrol para hacer ciclos artificiales, en la segunda mitad de los cuales prescribiremos progesterona.

Pero, repitámoslo, estos casos serán poco frecuentes.

III. Los estrógenos en la menopausia

Todavía aquí, si se esquematiza, se puede decir que en la premenopausia hay hiperestrogenia, y que en la postmenopausia hay hiperestrogenia más hiperfuncionamiento hipofisario (F. S. H. aumentada). Los signos locales (prurito, atrofia vulvares) son debidos a la hipoestrogenia; los signos generales (llamaradas de calor, etc.) son debidos a la hiperfunción hipofisaria.

Tuve que hospitalizar, en el curso del año 1957, dos enfermas por hemorragia uterina grave (precisaron legrado, transfusión, taponamiento). Estas dos enfermas presentaban signos banales (esencialmente llamaradas de calor) de la postmenopausia precoz y habían tomado estrógenos de una manera intempestiva. A una de ellas se le hacía una implantación de pellet de estrógenos cada cuatro meses. Se encontraba con ello muy aliviada. Pero quince días después de la tercera implantación, se desencadenó una hemorragia cataclísmica y muy difícil de detener, a pesar del legrado y taponamiento.

La otra enferma estaba encantada de ponerse una inyección intramuscular mensual de 5 mg. de benzogynestryl-retardado. Todo fue bien durante un año, después, sin ningún motivo, el benzogynestryl-retardado fue sustituído por el ordinario, a las mismas dosis y al mismo ritmo. Después de la cuarta inyección se produjo una hemorragia muy grave.

Aparece una primera conclusión: desconfiar de los implantes (prescribirlos si la mujer tiene su útero) y de los estrógenos-retardados después de la menopausia.

En la postmenopausia precoz el etinil-estradiol ha producido con frecuencia pequeñas metrorragias en mi clientela, metrorragias poco graves, a decir verdad, pero siempre desagradables. Una observación reciente es muy interesante: en las proximidades de Pascua de 1958 veo una cliente enviada por prurito vulvar intenso, postmenopausia reciente, un frotis muestra una clara hipoestrogenia. De acuerdo con el médico tratante prescribimos un poco de etinil-estradiol. El prurito desapareció rápidamente; pero igualmente, bastante rápidamente, hacen su aparición «reglas» bastante fuertes: suspendemos todo tratamiento. Esta señora sale de vacaciones; nueva aparición del prurito en agosto. Prescripción por el médico al que consulta durante las vacaciones, de Tace en dosis clásicas. El prurito desaparece de nuevo; al retorno de las vacaciones vuelvo a ver a esta señora: un nuevo frotis muestra un brote estrogénico claro, pero no hubo metrorragia.

Personalmente creo, pues, que el Tace es un buen estrogénico en la menopausia. Igualmente, el cycladiène goza de todos mis favores cuando efectivamente hay que prescribir estrógenos.

IV. Antiestrógenos

Después de haber estudiado algunas indicaciones de los estrógenos, hablemos de los antiestrógenos (progesterona y hormona masculina). Como veremos, en muchas indicaciones tendremos que elegir entre estos dos productos.

Pero en un caso muy preciso, que veremos en primer lugar, únicamente está indicada la progesterona: se trata de las amenorreas llamadas hiperhormonales; son las amenorreas hiperestrogénicas con carencia absoluta de progesterona. Estas amenorreas (que a veces son simples fases de amenorrea, tres a cinco reglas por año) son las más frecuentes. Mejoran únicamente con progesterona, que deberá administrarse de manera regular (del quince al veinticinco día) después de las reglas existentes o teóricas, durante muchos meses.

Prescribir foliculina en este síndrome es un error, puesto que se produciría una acentuación de la hiperestrogenia. Ciertas asociaciones hormonales muy conocidas que contienen foliculina y progesterona están, pues, claramente contraindicadas.

En todos los demás casos, progesterona y hormona masculina pueden entrar en competición como antiestrógenos; prácticamente, síndrome premenstrual y todas las hemorragias, cuando se han eliminado las lesiones orgánicas (mioma, pólipo intrauterino, infección genital crónica).

Para algunos autores, la elección entre progesterona y hormona masculina es una cuestión de dogma. Pero para muchos se trata de una cuestión de grado. Se podrían aconsejar por orden de importancia creciente, los tratamientos siguientes:

—Tratamiento no hormonal.

—Progesterona en la segunda mitad del ciclo.

—Hormona masculina no virilizante (sobre todo en la joven).

—Hormona masculina propiamente dicha, durante todo el ciclo, aconsejando de preferencia el propionato de testosterona (perandrén, por ejemplo), mucho más activo y más constante que el acetato de testosterona.

V. Conclusión

Existe actualmente una verdadera inflación de los tratamientos hormonales: se aconsejan muy a menudo; con demasiada frecuencia, equivocadamente.

En ginecología (como en cualquier otra parte) es preciso hacer primero un diagnóstico exacto, buscar la posible lesión orgánica, la infección genital crónica, los trastornos de origen no hormonal. Muy a menudo el tratamiento no hormonal será necesario y suficiente en la clientela ginecológica corriente.

RESUMEN

Con una finalidad de aplicación práctica, se estudian el ciclo menstrual, los síndromes clínicos hormonales y los preparados de estrógenos corrientemente utilizados.

Se describe cuándo deben emplearse los estrógenos en la adolescente y en la mujer joven, así como en las mujeres menopáusicas, señalando también la utilización de los antiestrogénicos, insistiendo en que antes a su empleo debe hacerse siempre un diagnóstico exacto, para no incurrir en equivocaciones administrando tratamientos hormonales equivocados y masivos.

«Le Concours Medical», n.º 50, diciembre 1959, París.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960

I. LIBROS

AUTORES NACIONALES

FORMULARIO CON SUS FUNDAMENTOS DE TERAPÉUTICA CLÍNICA, *por el profesor* B. LORENZO VELÁZQUEZ. *12.ª edición. Un vol. (13 por 20 cm.) de 1.315 páginas, encuadernado en tela. T. II. Un vol (11 por 16 cm.) de 311 páginas, con 66 esquemas; encuadernación en tela flexible. Editorial Científico-Médica. Barcelona-Madrid, 1960.*

HACE dos años, con ocasión de los actos que conmemoraban nuestras Bodas de Plata profesionales, recibíamos directamente de manos del profesor Velázquez la última edición —la undécima— de su útil formulario.

Hoy, apenas transcurridos dos años, nos encontramos con la novísima y original versión de esta obra. La buena acogida prestada por los médicos y la revisión de valores impuestos por la evolución de los medios terapéuticos, se ha reflejado lógicamente en el tratamiento, y en el breve tiempo transcurrido se presentan a la consideración del lector nuevos medicamentos y nuevos y modernos métodos de aplicación de los mismos.

El autor, clínico avezado, estudioso de la realidad, trabajador tenaz y dotado de recto sentido clínico, con amplio criterio de enseñanza que su trato prolongado con los estudiantes le ha permitido desarrollar en muchos años de función docente, y conocedor también de muchos problemas prácticos que las numerosas consultas de médicos rurales le han planteado en diversos casos sobre la mejor conducta terapéutica a seguir, ha recogido y sintetizado en esta obra, admirablemente presentada, las consideraciones terapéuticas accesibles y de mayor utilidad para el diario ejercicio de la clínica.

Se ha seguido, en general, la misma ordenación que en la edición anterior, pero destacando aún más los conceptos clínicos y terapéuticos fundamentales; pero, como dice el autor, «al revisar el texto de ediciones anteriores, se le ha descargado de lo que por viejo y en desuso era inútil conservar, a la par que se han puesto al día todos sus problemas. En esta línea de renovación encontrará el lector lo más moderno y eficaz en puntos tales como terapéuticas ganglioplejicas, antialérgicas, anticoagulantes e hipotensoras. Nuevas concepciones y práctica de sulfas y antibióticos, de ataráxicos y tranquilizantes, de córticosteroides, nuevas insulinas prolongadas y sulfas hipoglucemiantes, alimentación parenteral, etc. Indices de medicamentos modernos y de las principales especialidades».

No se han escatimado esfuerzos, gastos ni molestias para la mejor presentación de la obra, que se ha concebido en dos volúmenes. Uno que, «como libro de mesa de despacho o al alcance de la mano en el gabinete de trabajo, permita una información ampliativa en cualesquiera de los puntos terapéuticos; el otro, segundo volumen, encierra los procederes terapéuticos en los principales síndromes de urgencia, librito que, por su formato, tamaño, volumen y peso, puede considerarse *de bolsillo* y consultable en cualquier oportunidad».

Con ello se ha hecho un esfuerzo meritorio al ofrecer por separado al médico práctico, en estos dos volúmenes de aplicación distinta, una serie de conocimientos que se encuentran dispersos en publicaciones no siempre a su alcance y que le prestarán la máxima utilidad, siempre que tengan que atender un caso con urgencia.

A nuestro juicio, esta *duodécima edición* supera a las anteriores porque todos sus capítulos han sido corregidos cuidadosamente, puliendo su forma, mejorando su ordenación y enriqueciendo sus prescripciones y los datos clínicos en que se fundamentan, resumiendo así las enseñanzas recogidas en la cátedra que con tanto brillo desempeña, y prestando la máxima utilidad al médico general, lo que le da un real valor de aplicación a la práctica.—RICARDO HORNO LIRIA.

ESTUDIOS DE HISTORIA DE LA MEDICINA ESPAÑOLA (Nueva serie). *Tomo I. Director: Prof. Dr.* LUIS S. GRANJEL. *Seis fascículos (de 15 por 21 cm.) ilustrados con láminas y reproducciones; rústica. Editados por Seminario de Historia de la Medicina, de la Facultad de Salamanca. Fonseca, 2, Salamanca. 1960.*

DESDE hace unos años, el profesor Luis S. Granjel viene desarrollando, desde su cátedra de la Universidad salmantina, una interesante y laboriosa actividad en favor de los estudios de la Medicina española del pasado, atrayendo la atención hacia el desenvolvimiento de las doctrinas médicas de otros tiempos y de sus figuras más representativas en nuestra Patria, algunas injustamente olvidadas o poco conocidas.

Con periodicidad muy estimable, y en fascículos de unas cincuenta páginas, avalados muchos de ellos por bellas reproducciones de figuras de obras antiguas, retratos, instrumentos, facsímiles de las portadas de los textos «princeps», etc., han ido apareciendo los que mencionamos a continuación, que integran el primer volumen de esta nueva serie:

Lo encabeza un notable trabajo del profesor *Granjel*, sobre «Vida y obra del doctor Cristóbal Pérez de Herrera», salmantino discípulo de Vallés, médico renacentista, examinador del Protomedicato, médico de las galeras de las armadas reales y médico de la corte de los monarcas Felipe II y Felipe III.

Le sigue el del doctor *Emiliano Hernández de Benito*, sobre «La oftalmología española en el siglo XVIII», en donde se presenta una visión panorámica de esta especialidad en pleno *setecientos*.

A continuación, *José Prieto Aguirre* hace un excelente estudio de la «Vida y obra de Juan Massoneau», cirujano de esta primera mitad del *setecientos* y figura de acusada personalidad en aquel período, que fue contemporáneo y amigo de Ramazzini y Cervi, y autor de una interesante *Cirugía natural*.

Otros dos trabajos notables son los de *Granjel* acerca de «Luis Lobera de Avila», médico del emperador Carlos, que en sus diversas obras dio a conocer nociones de higiene y dietética, de terapéutica, y noticia sobre las enfermedades más comunes. Y el dedicado a «La obra de Gaspar Bravo de Sobremonte», médico de cámara de los monarcas Felipe IV y Carlos II, en cuyos escritos, además de los temas médicos, hay muchas referencias a cuestiones de índole no profesional y otras sobre el ser humano.

El doctor *Prieto Aguirre* se ocupa, en el último fascículo, de «La obra de Boix y Moliner», médico valenciano, promotor de la renovación del saber médico, en la primera mitad del siglo XVIII, que rechazaba la pura especulación escolástica basándose en la observación empírica de la patología y terapéutica, lo cual dio lugar a reñidas polémicas entre impugnadores y defensores.

Por esta rápida enumeración pueden apreciar los lectores el interés que estos trabajos monográficos ofrecen a los cultores de la Historia de la Medicina. Nosotros estimamos y recomendamos debidamente su envío, felicitando sinceramente al profesor Granjel y a los colaboradores de su escuela, por esta notable labor de difusión de nuestra antigua Medicina.—RICARDO HORNO LIRIA.

DEDEF. Boletín suplementario. *Diccionario Español de Especialidades Farmacéuticas, núm. 54, tercer trimestre de 1960. Un volumen (15'5 por 32'5 cm.) de 176 páginas; rústica. DEDEF, Izueta, 7, San Sebastián. Año 1960.*

ESTA publicación es el tercer suplemento del año 1960, en el que se encuentran acumuladas todas las especialidades farmacéuticas de los suplementos segundo y tercero, aparecidos en el curso del presente año.

Con esta modalidad publicitaria, el médico tiene reunidas todas las especialidades, así como los medicamentos más interesantes e importantes, lo que le permite en todo momento su manejo y consulta para obtener el dato o referencia que le interese o la faceta medicamentosa que desee conocer.

Su presentación, muy cuidada y agradable, contribuye a que sea una publicación útil al médico.—M. VICENTE CARCELLER.

AUTORES EXTRANJEROS

EL TRIUNFO DE LA CIRUGÍA, *por* JÜRGEN THORWALD. *Un vol. (17 por 24'5 cm.) de 480 páginas ilustradas con figuras; encuadernación en tela. Precio: 300 pesetas. Ediciones Destino, S. L. Tallers, 62, Barcelona.*

EL extraordinario y justificado éxito conseguido por Jürgen Thorwald con su obra *El siglo de los cirujanos*, de la que ya dimos cuenta en su día (*), se ve robustecido y completado de nuevo ahora, con este nuevo volumen, que revive lo que en aquél se exponía, tomando el hilo del relato desde aquellas épocas de hace un siglo, casi hasta nuestros días, y todo ello en forma de historia viva y atrayente, en vez de aquella otra forma árida, estática e indiferente, a que estábamos acostumbrados, ya que cualquiera de los capítulos que contiene superan en amenidad al más atractico de los tratados.

Este maravilloso libro, dotado de sólida base científica y accesible a todos, constituye un auténtico reflejo de la evolución de los conocimientos y de la aplicación de la téc-

* «Clínica y Laboratorio», núm. 401, pág. 126, agosto 1959. Zaragoza.

nica quirúrgica a la resolución de los problemas que hasta hace poco menos de un siglo —antes del descubrimiento de la narcosis, de la antisepsia y de la asepsia— resultaban totalmente insolubles.

Reviviendo con la lectura de esta obra lo que por la lejanía del tiempo no pudimos alcanzar, nos damos cuenta, a través de datos, noticias, ambientes, retratos, anécdotas, semblanzas y costumbres de médicos y personajes célebres —a los que sentimos moverse y trabajar en su medio—, de toda la inmensa variedad de los recursos puestos en juego por el ingenio humano para resolver las dificultades que la escasez de medios y el error de absurdas doctrinas oponía a sus intentos de curación.

Cada capítulo constituye un relato lleno de interés y emotividad, en donde vemos moverse a las grandes figuras médicas en toda la complejidad de la vida y en medio de serias dificultades para proseguir su senda hacia la luz y la claridad. Las figuras de Ferrier, Billroth, Kocher, Langenbuch, Basini, Bergmann, Sauerbruch, Halsted, Reclus, Forlanini, Filatov, etc., cobran así toda su fuerza y vitalidad.

Cada generación ha vivido los avatares de su época con aciertos y errores. Las grandes conquistas que ahora estamos presenciando, y de las cuales nos beneficiamos, tuvieron su precedente en los conocimientos, luchas y crisis de los hombres que nos precedieron, que en sus ensayos, titubeos e imperfecciones del momento tuvieron también el atisbo y la osadía de imponerse a su ambiente con fecunda decisión.

Por eso la lectura serena de libros como este servirá de meditación provechosa y de aleccionamiento para el futuro, sin cegarnos ni desconcertarnos por los avances y la evolución sufrida, ya que el presente se apoya siempre sobre el pasado como punto de empalme para el porvenir, y el lector encontrará también una enseñanza útil y una lección de confianza para el futuro.

La presentación inmejorable del libro y la elección de grabados familiarizan al lector con las figuras y gestos de sus personajes, que quedan la incorporados definitivamente en su memoria con trazos inolvidables.

Una gran obra que merecerá entusiasta aceptación por parte de todo el público culto, no solamente médico. — RICARDO HORNO LIRIA.

CLARIDADES Y TINIEBLAS DEL ALMA. ENSAYO DE PSICOANÁLISIS, *por el doctor* IGNACE LEPP. *Un vol. (12 por 20 cm.) de 296 páginas; rústica. Precio: 96 pesetas. Ediciones Fax, Zurbano, 80, Madrid. 1960.*

DE «ensayo modesto» califica su autor a esta obra. Entrese en su contenido, léanse sus páginas, medítese en todo lo que contiene, y se podrá ver la densidad y profundidad de su doctrina y de sus pensamientos, la visión clara de sus múltiples problemas, el justo enfoque y, lo que es más aún, sus justas y humanas conclusiones.

Es un magnífico libro, útil en todas las manos; parece que sean los psicólogos, los filósofos, los psiquíatras, a los que más haya de interesarles, y es verdad que mucho útil encontrarán; pero al hombre, al médico general, siempre que tengan anhelo de ver luz en sus horizontes, éstos sí que lo leerán con avidez, pues en poco volumen, ¡cuánta doctrina, cuánta claridad, cuánta luz! El mismo lo dice en su prólogo: ¿Cómo no comprender la perplejidad en que se hallan muchas personas, principalmente estudiantes de Medicina, de Ciencias Naturales, de Psicología y aun de Letras? Muchas personas preguntan a menudo: ¿Qué es el alma? ¿Qué podemos saber acerca del hombre, en el estado actual de nuestros conocimientos? También pueden preguntar: ¿Qué es el inconsciente? ¿Y la libido? ¿Y los complejos?... A todo esto se da cumplida y leal respuesta en este libro, pues ha tenido presentes a aquellas personas cultas que no tienen ni el tiempo suficiente ni la iniciación indispensable para emprender el estudio de las obras eruditas.

Si algún médico no interesado por estos asuntos, por una afortunada circunstancia puede tener en sus manos este buen libro, es seguro que lo leerá con agrado, se enterará de su contenido, abrirá sus ojos ante tantos problemas que nunca había considerado y atisbará las vías de sus posibles soluciones; tendrá que meditar y quizá en su fuero interno establezca discusión, con lo que, sin duda, incrementará su cultura, quizá modifique algunos conceptos y aun puede darse el caso de que rectifique ideas que hasta entonces creía firmes.

Todo esto es, muy a la ligera, lo que en primer lugar nos sugiere la lectura de este hermoso libro.

¿De qué trata? Nada más ni nada menos que del alma, del inconsciente, del que se interesa el psicoanálisis, y de la claridad del alma, que se ha enseñado siempre en la psicología clásica. De aquí lo acertado de su título.

Todo lo que interesa al subconsciente, naturalmente es objeto del psicoanálisis, y en éste, sin plegarse por completo a Freud y a Jung, se encuentra más próximo a éste que a aquél, hasta el punto que dice: «Nuestra deuda es especialmente grande para la psicología jungiana, la cual nos parece más abierta para la comprensión de la realidad psíquica profunda. Sin embargo, nuestra psicosíntesis no es jungiana en sentido estricto. Hay ciertas especulaciones del maestro de Zurich que son absolutamente extrañas a nuestras perspectivas. Y, además, ésta abraza ciertos problemas por los cuales Jung no se ha interesado nunca».

El psicoanálisis clásico no podrá bastar al psicólogo que sea consciente de sus deberes y de la grandeza de su misión. La indispensable reducción de los conflictos no podrá ser considerada sino como un primer estadio de la psicoterapia. Luego viene el objetivo esencial: «ayudar al sujeto a restablecer la síntesis personal». Precisamente, para poner de relieve esta primacía de la síntesis sobre el análisis es por lo que el autor denomina su labor psicológica con el hombre, no de psicoanálisis, sino de psicosíntesis, y así se denomina el Instituto de París, del cual es su director.

Así, pues, la psicosíntesis no tiene por finalidad entregar al hombre a merced de mecanismos psicológicos bien ajustados, sino que lo que pretende es desblocar su libertad, es decir, librarle de los determinismos psicológicos, de los frenos e inhibiciones, para que el hombre pueda adoptar una actitud humana y libre ante la realidad y viva, vida personal y responsable como individuo que se halla en posesión de sí mismo.

No podía haber encontrado traductor más idóneo que Cons Ruiz-Garrido, con su competencia demostrada en tareas similares, con un dominio en estos asuntos —nada fáciles— que le permite poner notas adicionales y complementarias.

La presentación, como todas las de esta colección «Perspectivas», muy en consonancia con similares publicaciones de Ediciones Fax, que son francamente recomendables.—M. VICENTE CARCELLER.

PRÉCIS DE CHIMIE BIOLOGIQUE, *por* JEAN-EMILE COURTOIS y ROLAND PERLÈS. *Tomo II. Un vol. (16'5 por 21'5 cm.) de 620 páginas, con 52 figuras y 61 cuadros; encuadernado en cartón-tela flexible. Precio: 46 N. F. Masson et Cie., Editeurs. 120, Boulevard Saint Germain. París, VI. 1960.*

AL comentar las características del primer volumen de este «Précis» (ver «Clínica y Laboratorio, *68*, 439, 1959), señalábamos el interés que nos había despertado por su originalidad en la presentación de las materias y la claridad de la exposición al abordar los temas más profundos. El segundo volumen no sólo no nos ha defraudado, sino que, a nuestro juicio, culmina magistralmente la obra por encima de lo que cabía esperar.

Los autores siguen el plan trazado en la primera parte de abordar conjuntamente los aspectos estáticos y dinámicos de la bioquímica; escapando en lo posible al estatismo, con un profundo sentido biológico. Estudian los lípidos, incluyendo en ellos los ácidos biliares y hormonas esteroideas, además de un capítulo sumamente interesante de determinaciones de lípidos y sustancias relacionadas en química clínica. En el capítulo de prótidos, bien puesto al día, hacen un detallado estudio de aminoácidos, pépticos, holo y heteroprótidos, describiendo de forma sucinta, pero completa, las diversas técnicas actuales de investigación y determinaciones clínicas.

Dedican una serie de capítulos a la descripción de pruebas de exploración funcional del hígado, riñón, tubo digestivo, función tiroidea, coagulación sanguínea y funciones de reproducción; acabando con el estudio de las alteraciones humorales en el curso de las infecciones, líquido céfalorraquídeo, trasudados y exudados.

El lector comprenderá fácilmente, a la luz de las materias tratadas, el carácter definido de bioquímica aplicada. La obra va dirigida a los estudiantes de Farmacia que, según el plan de enseñanza francés, estudian en internado en los hospitales, conjuntamente con los estudiantes de Medicina, y se hallan en condiciones de colaborar en la práctica de análisis clínicos. Con todo, deben de hallar una importante laguna en sus escasos conocimientos de fisiología y patología humanas, laguna que este texto trata dignamente de llenar. Sencillo en apariencia, muy profundo en realidad, consideramos que la obra puede ser, en nuestro país, interesante para el farmacéutico, pero imprescindible para el médico, ya que en ella hallará, de una forma para él sencilla y moderna, las bases bioquímicas y técnicas de las pruebas químicas de laboratorio que habitualmente solicita.

Consideramos que los autores pecan de muy modestos al calificar su obra de «Précis», siendo un libro que en total sobrepasa las mil páginas, en el que no se pierde una línea en divagaciones inútiles o aclaraciones innecesarias. Este libro bien podría llevar el nombre de tratado.—Prof. ANDRÉS PIÉ.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960
REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

CUCHI DE LA CUESTA, C. (Zaragoza). — «ENSAYO CLÍNICO CON EL TP-21 O TIORIDAZIDA EN MEDICINA INTERNA.» *«Arch. Facultad Med.», VIII, 445, 1960.*

LA tioridazina es un derivado de la fenotizina, es un psicorrelajante conocido comercialmente con el nombre de «Meleril».

Desde un punto de vista farmacéutico este fármaco disminuye la actividad motora espontánea del ratón, inhibe ciertas reacciones vegetativas, tanto simpáticas como para-simpáticas, y potencia la narcosis barbitúrica.

En la clínica se emplea a dosis de 10 a 300 mg. diarios en todas las afecciones susceptibles de ser tratadas con un psicorrelajante. Los trastornos secundarios son raros: sequedad de boca y mucosas, náuseas, cefaleas. En los cancerosos se emplea como analgésico o potenciador de los antidolorosos. Pero los casos comunicados se refieren, sobre todo, a estados de ansiedad.

El autor comunica sus resultados en cuarenta y dos enfermos con ansiedad, cefaleas, hipertensión arterial, inestabilidad emocional, etcétera, obteniendo buenos resultados en treinta y seis, débil en dos y nulo en cuatro, sin ninguna manifestación de intolerancia, y empleando dosis entre 10 y 40 mg. diarios, con una duración total máxima de seis meses. — Prof. F. CIVEIRA.

FERNÁNDEZ DEL VALLADO, P., y GIJÓN BAÑOS, J.—«RESULTADO DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL G. 28.315, EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS GOTOSOS.» *«Revista Clínica Española», t. LXXVII, n.º 1, Madrid, 1960.*

SE intenta llenar con el G. 28.315 la indicación de aumentar la eliminación de ácido úrico, una de las facetas del tratamiento del gotoso.

La fenilbutazona es eficaz uricosúrico a las dosis en que suele mostrarse intolerante. El preparado en estudio es un derivado de este fármaco, con el que se tiende a obviar sus inconvenientes.

Se estudian dieciocho enfermos tratados con el preparado que se cita y una dieta exenta de alimentos ricos en purinas durante un mínimo de ocho semanas; las dosis diarias empleadas del derivado fenilbutazónico oscilan entre los 200 y 400 mg.

En cinco enfermos se presentaron ataques agudos aislados poco intensos en el curso de los primeros dos meses de tratamiento; en dos casos más, los ataque fueron varios, con intensidad decreciente y cediendo al tratamiento con colchicina. En ningún caso se suprimió la medicación.

En todos los casos, incluso los que se habían mostrado resistentes a la benamida, hubo un claro aumento de la úricosuria y prácticamente normalización de la uricemia, hasta entonces elevada.

No se han observado intolerancias a las dosis empleadas, ni incluso en los casos en que se viene empleando diariamente durante más de un año.

La aparición de brotes agudos en el curso del tratamiento indica que su efecto en la gota no es analgésico ni antiflogístico.

Si se interrumpe su administración, vuelve a elevarse la uricemia.—PIQUERAS.

ALVEAR HERNÁNDEZ, E. (Madrid).—«ESTUDIO CLÍNICO DE LAS NEFROSIS.» *«Acta Pediátrica Española», n.º 211, pág. 283, mayo 1960. Madrid.*

EL tratamiento específico, hoy en día, de la nefrosis es la terapia con córticoesteroides.

Personalmente preferimos los preparados de cortisona por vía oral.

Las dosis de cortisona deben ser altas, 40 a 60 miligramos diarios.

En caso de que estas dosis fracasen, deben elevarse a 80 miligramos diarios; si ésta fracasa también, incluso hacia 120 miligramos, con la cual se han obtenido remisiones en niños en los que con las anteriores no se había logrado la curación.

Una vez obtenida la curación clínica y de laboratorio, deben mantenerse ciclos de cortisona o de sus derivados durante un período de seis meses a un año.

Aunque no tenemos experiencia del mismo, merece citarse el tratamiento combinado de córticoesteroides y mostazas nitrogenadas. — AUTORRESUMEN.

REY CALERO, J. (Cádiz). — «ESTUDIO DE LA CITOLOGÍA SALIVAR DE PAROTIDITIS EPIDÉMICA CONSERVADA EN LÍQUIDOS DE CULTIVO DE TEJIDOS.» *«Medicina», n.º 4, págs. 191-195, abril 1960. Madrid.*

PROCEDIMOS al estudio de esta epidemia de parotiditis de un internado de jóvenes, con un número de afectos total de setenta y cuatro casos, de los cuales cuarenta y ocho cursaron con manifiestos signos clínicos, aunque de carácter benigno. Los veintiséis restantes apenas manifestaron signos clínicos; sin embargo, su citología era francamente parotidítica.

En algunos de estos conviventes de los enfermos fueron recogidas muestras de salivas cuando todavía no se observaba ningún signo de la enfermedad; sus células epiteliales, lavadas y en las condiciones indicadas, fueron conservadas en líquidos de supervivencia para cultivos de tejidos (Hanks hidrolizado de caseína más el 10 por ciento de suero de ternera), y observamos en cuatro de ellos la aparición de inclusiones de los tres a los siete días de la recogida, por exámenes periódicos establecidos de dichas células en los medios de supervivencia.—AUTORRESUMEN.

APARATO CIRCULATORIO

CASTRO LLORÉNS, M., y MIRALLES DAMIÉNS, P. (Barcelona).—«ATRESIA TRICUSPÍDEA. DOS CASOS OPERADOS CON ÉXITO.» *«Revista Española de Pediatría», t. XVI, n.º 92, págs. 219-234, marzo-abril 1960. Zaragoza.*

LA atresia de tricúspide es una entidad anatomoclínica que ofrece múltiples variedades, las cuales dependen de las diversas anomalías anatómicas que pueden coexistir en cada uno de los distintos tipos descritos.

El diagnóstico puede establecerse en la mayoría de los casos, puesto que hay varios signos que se pueden considerar casi exclusivos de esta malformación (cianosis asociada a desviación del eje eléctrico a la izquierda e hipertrofia ventricular izquierda, ausencia de opacificación del ventrículo derecho en la angiocardiografía, etc.).

La necesidad de aumentar el aporte sanguíneo a los pulmones con el fin de lograr una mejor hematosis, hace de estos pacientes tributarios de una anastomosis aortopulmonar, ya sea del tipo Blalock, utilizando la arteria subclavia, o bien con el procedimiento de Potts, practicando una anastomosis láterolateral de aorta con una rama de la pulmonar.

Con estos procedimientos, empleados en las dos pacientes, hemos obtenido resultados brillantes en ambas.

Sin embargo, y a pesar de estos resultados, que en uno de los casos persisten a los dos años de la intervención, y en el otro a los seis meses, desconocemos la evolución que han de seguir, por lo que no nos atrevemos a manifestar a los padres nuestro optimismo. No obstante, en ninguno de los dos hemos observado signos de agrandamiento cardíaco ni de insuficiencia cardíaca, siendo quizá el porvenir de estos pacientes mucho mejor de lo que nosotros mismos habíamos sospechado en el momento de indicar la intervención.

En ninguno de ambos pacientes fue necesario practicar la ampliación del defecto septal auricular aconsejada por la mayoría de autores para facilitar el aumento del flujo a través del mismo defecto. Tal procedimiento está exclusivamente indicado en aquellos casos en que el calibre de la comunicación interauricular es insuficiente para la libre circulación de la sangre procedente de la aurícula derecha y que se manifiesta, como hemos dicho, por un aumento de la presión venosa, pulsatibilidad presistólica hepática y signos de insuficiencia cardíaca congestiva.— AUTORRESUMEN.

CIRUGÍA

GUTIÉRREZ GOICOECHEA, J. M.ª (Sevilla). — «LOS CÓRTICOESTEROIDES INTRAVENOSOS EN EL TRATAMIENTO DEL SHOCK.» *«Hispalis Médica», n.º 193, págs. 313-319, junio-julio 1960. Sevilla.*

EL shock, con su frecuente presentación, ha llegado a ser un cuadro sindrómico de fácil diagnóstico, llegándose a decir: «Está algo *shockado*», igual que decimos «Tiene algo de fiebre».

Mayores dificultades nos ofrece su tratamiento, que debe ser distinto en cada caso individual, al ser diferente su etiología. El shock es la vía final común de variados procesos: hemorrágicos, vasculares, neurogénicos o cardíacos, por lo que Blalock insiste en que no debemos hablar del problema del shock, sino de los problemas de los shocks.

Así, el tratamiento del shock neurógeno con vasoconstrictores, o del cardíaco con fármacos tonificantes del miocardio, serán eficaces si el diagnóstico y tratamiento se realizan precozmente.

Actualmente poseemos recientes conocimientos que subrayan la participación de las glán-

dulas suprarrenales en la regulación del tono arterial, así como la existencia de insuficiencias suprarrenales, ya estén diagnosticadas clínicamente antes de una operación, o bien se encuentran larvadas, no se sospechan y se ponen de manifiesto al sufrir el individuo una agresión o «stress», ofreciéndonos entonces unos cuadros postoperatorios o postinfecciosos con hipotensiones inexplicables, de fracasos circulatorios intensos, sin relación con la magnitud de la operación o de la hemorragia sufrida.

Describe varias historias clínicas en la que, en general, se trata de enfermos con deficiente estado general, a los que se efectuó una anstesia «standard» (Pentotal-curare, intubación, éter-O_2), en los que, mediada o terminada la operación, aparece un cuadro de hipotensión y taquicardia, a pesar de la transfusión de sangre, goteo de noradrenalina (Reargón), tónicos cardíacos (Cedilanid, Kombetín), que se inyectaron pensando en una posible insuficiencia miocárdica.

En todos ellos sólo mejoró el cuadro circulatorio pasados cinco a diez minutos de la inyección intravenosa de 125 mg. de hidrocortisona (Hidroaltesona) ó 25 mg. de prednisolona (Solu-Dacortín), diluídos, en los primeros casos, en 50 c. c. de suero glucosado o fisiológico (Neo-Hidro-Altesona), y más tarde sólo en 10 c. c., al ver su perfecta tolerancia.

El efecto suele ser teatral: asciende la presión diferencial y disminuye la taquicardia, estabilizándose la situación circulatoria, debiéndose retirar el goteo de Reargón al aproximarse a las cifras tensionales preoperatorias. Secundariamente, hemos observado una mejoría del sensorio y de la amplitud de la respiración, si estaba deprimida.

La vida de la hidrocortisona inyectada es breve, como lo demuestran los estudios de Petersen con isótopos radiactivos, manteniéndose el nivel de 17-hidroxi-esteroides alrededor de dos horas, excretándose por la orina un 90 por ciento en las setenta y dos horas siguientes; la desaparición es más lenta en los enfermos hepáticos, debido a la baja actividad de dos fermentos (dehidrogenasas) que intervienen en la degradación de la hidrocortisona. Siempre ha observado una buena tolerancia, aun con dosis de 500 mg. intravenosos.

Nuestra experiencia y la de otros autores hacen indicar el empleo de la hidrocortisona o prednisona i. v. en:

Primero.—En el preoperatorio y durante la operación de enfermos sospechosos de hipofunción suprarrenal.

Segundo.—En los cuadros de hipotensión y fracasos circulatorios inexplicables por no existir relación con la hemorragia y traumatismo quirúrgico sufridos.

Tercero.—En los cuadros de shock intensos, rebeldes a los vasopresores y transfusiones copiosas, que cubren con exceso la pérdida de sangre, sin que se aprecie una mejoría clínica. Los córticoesteroides pueden disminuir el volumen de hemoterapia necesaria, que sin ellos se exigiría para remontar el enfermo.

Cuarto.—En el shock no quirúrgico, de etiología infecciosa (Waterhouse-Friederichsen, pancreatitis aguda) o endocrino (crisis tiroideas y addisonianas).

Todo ello lleva a situar a los córticoesteroides en un lugar preeminente entre los medicamentos de urgencia que deben existir n los quirófanos.—R. HORNO LIRIA.

FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, A. (Granada). «LA ADRENALECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA MAMA.» «*Actualidad Médica*», *n.º 425, págs. 339-355, mayo 1960. Granada.*

CREEMOS que en las enfermas con cáncer avanzado de la mama y con metástasis secundaria al mismo, que ya han sido tratadas mediante mastectomía radical y ovariectomía, debe hacerse la adrenalectomía bilateral, como complemento de la terapéutica.

Sólo serán sometidas a esta operación, naturalmente, aquellas enfermas en las que un estudio previo haya hecho suponer que puedan ser beneficiadas por esta terapéutica.

Los resultados que se obtienen con esta operación, aunque inconstantes y variables, son, en su conjunto, muy satisfactorios y permiten detener en cierto modo la evolución del proceso carcinomatoso y, sobre todo, aliviar los dolores, que en esta última fase de la enfermedad son, como es sabido, tan intensos que ni aun los mayores analgésicos los pueden aliviar.—AUTORRESUMEN.

CARDIOLOGÍA

GARCÍA ORTIZ, E. (Madrid). — «ESTUDIO CLÍNICO DEL CANAL ATRIO-VENTRICULAR COMÚN PERSISTENTE. UN CASO OPERADO BAJO CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA.» «*Revista Española de Pediatría*», *t. XVI, n.º 93, páginas 365-383, mayo-junio 1960. Zaragoza.*

SE comunica el caso de un niño de diez años afecto de esta cardiopatía congénita, operado con éxito practicando las exploraciones realizadas para el diagnóstico y controles durante y después de la operación. — AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

GARCÍA-DONAS BONO, A., y GARCÍA-DONAS ABRIL, A. (Sevilla). — «HEPATITIS AGUDA VIRAL.» «*Hispalis Médica*», *número 189, págs. 97-115, marzo 1960. Sevilla.*

HE aquí las conclusiones de este interesante trabajo, expuesto por los doctores sevillanos:

Las formas anictéricas de hepatitis son muy frecuentes, sobre todo en la infancia.

Ello hace posible que su diagnóstico pase inadvertido con frecuencia.

Esto, a su vez, dificulta una eficaz profilaxis.

Las pruebas funcionales hepáticas con la interpretación de desviación a la derecha o a la izquierda, tienen valor diagnóstico y pronóstico.

La alimentación debe ser rica en proteínas (no excesivamente H. C. y grasas vegetales); éstas, por su gran valor calórico y por su acción protectora sobre el parénquima hepático.

Estimamos justificado el nombre de «droga milagrosa» dado a la terapéutica con córticoesteroides.

Para evitar sorpresas desagradables, conviene hacer la prueba del esfuerzo y sobrecarga alimenticia, seguidas del estudio funcional del hígado en toda hepatitis, antes de considerarlas totalmente curadas, con lo que se evitarán los llamados síndromes posthepatitis, algunos graves e irreversibles.

La cita de Cicerón: *Dolor, si gravis, est brevis; si longus, levis*, no siempre es cierta, ya que, aplicada a la hepatitis, la primera parte se cumple (si grave, es breve), mas la segunda mitad no siempre se cumple, toda vez que una evolución larga de una hepatitis puede terminar en una cirrosis incurable e irreversible, cuando no provocar un cáncer.—AUTORRESUMEN.

VIAR BAYO, J. (Bilbao). — «DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER GÁSTRICO.» «*Gaceta Médica del Norte*», *vol. X, n.º 2, págs. 59-67, abril 1960. Bilbao.*

EL cáncer gástrico unas veces permite que le hagamos un diagnóstico pronto, pero otras evoluciona tan solapadamente que cuando el enfermo acude a nosotros con sus primeras molestias, la radiología y la intervención nos demuestran que, desgraciadamente, es ya inextirpable. Pero, siempre que se pueda, hay que agotar todos los recursos exploratorios para tratar de conseguir un precoz diagnóstico que lleve a una terapéutica eficaz.

Hay que conceder mucha importancia a la anamnesis en el diagnóstico del cáncer gástrico: una historia breve, de pocos meses, y grave, con anorexia, adelgazamiento y molestias gástricas, en ausencia de anemia de Biermer y de uremia digestiva, es debida a un cáncer gástrico. Incluso la anemia perniciosa se ha visto coexistir, a veces, con el cáncer gástrico.

Es muy conveniente la práctica de varias radiografías, en bipedestación y en decúbito, sin compresión y con compresión del estómago, para comprobar los caracteres diferenciales del nicho benigno respecto al maligno; en caso de duda diagnóstica se enviará el enfermo al cirujano, pues hoy día la laparotomía es innocua y la intervención puede ser una oportunidad salvadora en muchas ocasiones. En caso de poliposis gástrica también se debe proceder a la gastrectomía, sabiendo con cuánta frecuencia ocurren en aquéllos la degeneración maligna.

En los casos de gastritis crónica, si la radiología sospechosa nos lleva a recomendar la intervención, el cirujano, aunque no encuentre nada macroscópico desde el exterior, deberá practicar una gastrotomía y una toma de la mucosa gástrica enferma, para su examen histológico.

Para terminar, recordemos que el cáncer, en sus primeros estadios, es una enfermedad local, una enfermedad «in situ», y si tenemos la fortuna de enviar el enfermo al cirujano en esta fase, es segura, o casi segura, su curación definitiva.—AUTORRESUMEN.

FERNÁNDEZ PLEYÁN, J. (Madrid). — «CARDIOSPASMO: PROBLEMAS SOBRE SU TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.» «*Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición*», *t. XIX, n.º 6, páginas 698-710, junio-julio 1960. Madrid.*

HEMOS hecho la revisión de treinta y siete casos de cardiospasmo vistos por nosotros, entre los cuales existen diversas gradaciones, desde el discreto espasmo cardial sin dilatación, hasta el gigantesco megaesófago. De esta revisión deducimos las siguientes conclusiones:

1.ª Existe un predominio de enfermos del sexo femenino.

2.ª La edad de presentación más frecuente es entre los veinte y cuarenta años.

3.ª Los enfermos presentan una historia de disfagia, larga, con dolor retroesternal, y acuden a la consulta tras múltiples tratamientos antiespasmódicos y sedantes sin éxito.

4.ª Sin que sea preceptivo, se encuentra, sobre todo en mujeres, un componente psicopático fundamental.

5.ª Hemos encontrado tres casos de malignidad; dos de ellos evidentes casos de cancerificación, y el tercero, muy fundada-

mente sospechosos de haberse malignizado, aunque nos faltaron los datos biópsicos para demostrarlo.

6.ª Creemos que el tratamiento de elección es la dilatación incruenta con el dilatador de Starck, siempre que no existan contraindicaciones firmes o imposibilidad material de realizarse. El tratamiento debe ir siempre precedido de un meticuloso estudio del enfermo y no debe omitirse el endoscópico y, en su caso, biópsico, para evitar errores diagnósticos, que pueden ser funestos de emplearse la dilatación brusca.

7.ª No hemos tenido nunca accidente alguno. Los resultados clínicos son satisfactorios, y el estudio radiológico confirma siempre la excelencia del método, tanto en el caso esofágico como en la progresiva reducción del calibre esofágico.—AUTORRESUMEN.

PEÑA YÁÑEZ, A.; RICO, J.; DESCALZO, C.; SAMPER, R., y OLIVER, S. (Granada).— «SÍNDROME DEL DUMPING EXPERIMENTAL CON ESTÓMAGO INTACTO. RESULTADOS Y POSIBLE PATOGÉNESIS.» *«Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición», t. XIX, n.º 6, págs. 669-697, junio-julio 1960. Madrid.*

EL síndrome de dumping ha recibido numerosas denominaciones en la literatura médica: s. del pequeño estómago (Haberer, Gutmann), s. postgastrectomía precoz (Adlesberg y Hammerschlag), s. de la evacuación invasora del pequeño estómago (Jiménez Dlaz), s. del asa eferente (Wells y Welbourn), etc.

La frecuencia con que aparece este complejo sintomático en los operados de estómago varía considerablemente de unas estadísticas a otras.

En sesenta y ocho personas sanas (estudiantes de Medicina y médicos) se han administrado 200 c. c. de solución de glucosa al 30 por ciento, por vía duodenoyeyunal, al objeto de estudiar el síndrome de dumping experimental. En todas ellas aparecieron síntomas de dumping al cabo de cinco a diez minutos, los cuales tuvieron una duración variable de veinte a cincuenta y cinco minutos, quedando después, a veces, un estado de astenia que se prolongaba mucho más tiempo.

Aplicado el criterio de Fisher y colaboradores para valorar el grado de intensidad del síndrome de dumping, resultó que diecisiete personas (25 por ciento) desarrollaron un síndrome de dumping muy intenso; veintiséis personas (38'2 por ciento) exhibieron un síndrome de dumping intenso; veinticuatro personas (35'2 por ciento) lo mostraron de grado mediano, y hubo solamente un caso que presentó síntomas insignificantes de dumping. Por lo tanto, todos los seres humanos parecen hallarse en situación potencial de poder desarrollar el síndrome de dumping, aunque con diferente intensidad, cuando concurren circunstancias adecuadas para ello.

Se hacen consideraciones sobre la patogenia del síndrome de dumping provocado por la administración enteral de glucosa hipertónica. A juicio de los autores, el mecanismo de producción del síndrome de dumping experimental probablemente sea complejo y entren en juego varios factores. Desde luego, no es posible explicar el cuadro clínico solamente basándose en los efectos de la hiperosmolaridad (paso de flúidos al intestino para isotonizar la solución, con el consiguiente descenso en el volumen de plasma; hiperperistaltismo intestinal). Se concede especial relieve a la posibilidad de que existan terminaciones nerviosas quimio-receptoras en la pared yeyunal, que se dejarían impresionar por la presencia de ciertos estimulantes químicos (entre ellos la glucosa) cuando éstos llegaran a alcanzar una elevada concentración en la luz intestinal; la excitación de tales terminaciones nerviosas yeyunales pondría en marcha la aparición de un reflejo neurovegetativo visceroviscera1, que se hallaría preestablecido en el hombre. No se descarta tampoco la posibilidad de que la propia mucosa intestinal pueda responder a determinados estímulos con la liberación de alguna sustancia especial, que pudiera intervenir en la génesis de algunos síntomas de dumping.—AUTORRESUMEN.

NUTRICIÓN

CIVEIRA, F. (Zaragoza). — «EL HOMBRE Y SU ALIMENTACIÓN.» *«Archivos de la Facultad de Medicina», t. VIII, núm. 2, páginas 195-212, marzo-abril 1960. Zaragoza.*

CONSIDERA el autor la persona humana como «una unidad somato-psíquica con movimiento inmanente, situada en un tiempo y en un espacio y dotada de una capacidad moral que lleva aneja la necesidad de una posición trascendente». En este trabajo se estudia la evolución a lo largo de los tiempos de esta persona humana en función de uno de esos factores de tiempo y de espacio en los que está situada: el alimenticio, que se considera su apetencia más primaria y elemental y, por lo tanto, la primera que obra en él como factor histórico. Desde este punto de vista, divide la historia de la humanidad en cuatro etapas: de persecución o búsqueda espontánea del alimento, de producción del mismo, de su abundancia y de su almacenamiento, y de alimentación sintética y dirigida.

En la primera de ellas, que se refiere al hombre prehistórico desde el 600.000 al 3.000 antes de Jesucristo, el hombre busca o persigue su alimento en lo que espontáneamente le ofrece la naturaleza, y encuentra en ello gran dificultad, por lo que le están prácticamente vedadas otras actividades, y, por tanto, es un hombre de talla baja y de gran musculatura, de vida corta (apenas puede pasar de los 40 años), sin actividades culturales y sin que le sea posible vivir agrupado. Aunque omnívoro, su alimentación es principalmente carnívora.

En una segunda fase el hombre produce ya su alimento, mediante el cultivo del campo y el pastoreo. Ello supone el nacimiento del «pueblo» como unidad geográfica, en la que los hombres se agrupan para vivir juntos, y el auténtico comienzo de la lucha de la humanidad por formarse su ambiente.

La tercera etapa de esta evolución histórica viene dada por llegarse a la abundancia y al almacenamiento, con lo que, al menos algunos grupos humanos, pueden desentenderse de la busca o producción del alimento y dedicarse a otras actividades, con lo que el progreso es ya posible. Consecuencias fundamentales de la nueva situación son: el nacimiento de la «ciudad» como unidad geográfica no dependiente del campo y de la que sus habitantes no salen para trabajar (diferencia fundamental con el campo); la aparición de una serie de apetencias y elementos humanos que no habían tenido ocasión de manifestarse en primer plano o colectivamente (estructuras políticas, culturales, artísticas, religiosas, técnicas, etc.); cambio constitucional somático de la persona; aumento grande de la población: industrialización de la producción alimenticia y aparición de la terapéutica dietética (utilización del alimento como elemento curativo). Esta fase llega hasta nuestros días.

La cuarta y última fase supone el autor se inicia ahora y da de ella las características siguientes: la alimentación sería científica y, por tanto, no determinada, como hasta ahora, por los gustos o apetencias del que la toma, sino por lo que los técnicos opinen que es lo más conveniente y la industria puede producir en buenas condiciones económicas; y abandono de los pueblos, por no ser necesario ya el cultivo del campo, que se convertirá sólo en lugar de esparcimiento.

Todo el tema se estudia como un aspecto del esfuerzo que el hombre realiza para recuperar la felicidad que perdió al ser expulsado del Paraíso por el pecado original, que lleva a la humanidad a intentar constantemente un ambiente que le dé una felicidad completa. Para el autor, hasta ahora y en lo que se prevé, se ha logrado un enorme progreso para el logro de un mayor bienestar, pero esto no es lo mismo que haber conseguido mayor felicidad, y piensa que el hombre actual no es más feliz que el de otras épocas, sino acaso menos, fundamentalmente porque la civilización le ha espoleado más sus apetencias que las posibilidades de satisfacerlas, por lo que la angustia y la infelicidad han sido las consecuencias.

Se tratan también algunas cuestiones relacionadas o planteadas por el tema, y entre ellas, con más detenimiento, el problema del aumento constante de población, llegándose a la conclusión que las previsiones de Malthus son totalmente erróneas y que la humanidad no corre el riesgo de una nueva escasez por el aumento de su número de miembros.—AUTORRESUMEN.

ENDOCRINOLOGÍA

ARANDES, R., y CAÑADELL, J. M.ª (Barcelona). — «LOS TUMORES CÓRTICO-SUPRARRENALES VITALIZANTES DE LA MUJER.» *«Medicina Clásica», t. XXXIV, n.º 5, págs. 338-352, mayo 1960. Barcelona.*

SE expone una observación de virilismo por adenoma adrenocortical en una mujer de 42 años. El primer síntoma fue una oligohipomenorrea que acabó en amenorrea total y refractaria a todo tratamiento. A continuación se presentó discreto hirsutismo, acné y seborrea. Finalmente, el tono de la voz se hizo grave, y su timbre, escabroso.

El diagnóstico se efectuó a los cuatro años de iniciada la sintomatología, por la comprobación de una excreción media de 17-cetosteroides de 301'3 mg. cada veinticuatro horas, cuya mayor parte correspondía a dehidroisoandrosterona y por la ausencia de pregmandiol en la orina.

La localización del tumor se llevó a cabo por examen radiográfico después de efectuar un retroneumoperitoneo y la inyección de un medio de contraste uro-pielográfico. La exploración radiológica casi siempre resulta indispensable para precisar la situación de la neoplasia, pero en muchos casos las imágenes resultan confusas y pueden conducir a errores de diagnóstico, los cuales pueden evitarse con un examen hormonal que asegure con certeza la presencia de un córtico-suprarrenaloma.

Se extirpó una tumoración suprarrenal izquierda que pesaba 285 gramos. Su examen histológico demostró que se trataba de un adenoma benigno. Histoquímicamente no pudo demostrarse la presencia de andrógenos en la masa tumoral. La extracción de 17-cetosteroides, fenol-esteroides y 17-hidroxicorticoides dio resultados extraordinariamente bajos, comparados con los de su excreción urinaria; el adenoma presentaba una gran actividad secretora, pero una mínima capacidad de almacenamiento hormonal.

La enferma se recuperó rápidamente de la operación y desaparecieron lentamente los signos de virilismo. A los tres meses se restableció el ritmo menstrual normal.—AUTORRESUMEN.

PEDRO PONS, A. (Barcelona).—«LA ENFERMEDAD DE SIMMONDS-SHEEHAN Y LOS SÍNDROMES DE INSUFICIENCIA DE LA HIPÓFISIS ANTERIOR.» «*Medicina Clínica*», *t. XXXLV, n.º 5, págs. 323-337, mayo 1960. Barcelona.*

SI bien fueron Claude y Gougérot (1907) los primeros en hablar de «síndrome pluriglandular», fue Simmonds, en 1914, quien describe la «caquexia hipofisaria» vinculándola a un fallo hipofisario. No obstante, es el patólogo Sheehan quien, en 1937 y 1939, perfila magistralmente el cuadro de la insuficiencia antehipofisaria que se conoce hoy como síndrome de Simmonds-Sheehan, del que nos hemos ocupado aquí tras la experiencia de cuatro casos, tres de ellos vividos en menos de un año en nuestro Servicio de la Clínica Médica A.

La enfermedad se produce mayormente entre los 28 y 45 años, dándose una mayor incidencia entre el sexo femenino, por los accidentes postpartum (vividos preferentemente por Sheehan), aunque se citan como factores etiológicos las infecciones, gripe, bronconeumonía, los traumatismos, los tumores (adenomas cromófobos y cráneofaringiomas supraselares) y también las fibrosis idiopáticas.

Anatomopatológicamente, la enfermedad sobreviene por una necrosis isquémica antehipofisaria, fibrosis y esclerosis cicatrizal atrófica. Se descubre igualmente atrofia tiroidea microfolicular, de epitelio bajo; atrofia suprarrenal sin diferenciación de capas, ovarios en almendra, y atrofia testicular sin espermatozoides maduros ni células de Leydig.

La sintomatología dimana de la insuficiencia periglandular. Distinguiremos en ella: a) *Síntomas generales y hábito externo*, destacando: sensación de fatiga, marcha difícil, somnolencia frecuente, insensibilidad emocional y apatía. Palabra lenta y edema facial. Notabilísimo es el aspecto de la piel, blanca y fría al tacto, con palidez de zonas morenas, tal genitales y areola mamaria. El cabello, conservado y fino, suele cambiar de color (alocromotriquia), aclarándose. *El vello sufre una caída difusa y completa*, especialmente en axilas y pubis, constituyendo un signo de gran valor diagnóstico. La piel está a veces infiltrada y carece generalmente de arrugas. Los labios tienen color cianótico, con rágades en las comisuras. Puede existir dermatosis de las extremidades, y las uñas son secas y quebradizas. En general, se mantiene la nutrición del sujeto.

b) *Sintomatología de órganos y aparatos.* Aparato digestivo: Glotis atrófica. Trastornos dispépticos con hipoclorhidria o aquilia. A veces, diarreas recurrentes. Aparato circulatorio: Hipotensión de 8 a 12, y pulso lento. Corazón grande. En electrocardiografía, ondas de bajo voltaje y aplanamiento de T. Labilidad circulatoria con fáciles estados lipotímicos. Aparato respiratorio: Tendencia a las infecciones broncopulmonares. Sistema nervioso: Destacan trastornos psíquicos: indiferencia emocional, apatía y, a veces, cuadros alucinatorios (tratamiento con andrógenos?). Si la anemia es intensa, síndromes neuroanémicos. El electroencéfalograma revela lentificación ritmos de base subalfa y theta. Aparato genital: Pérdida de la libido, así como atrofia testicular. En la mujer, amenorrea, atrofia genital externa e interna, con útero hipoatrófico. Sistema óseo: Osteosis de tipo pagetoide. Sistema hematopoyético: Prácticamente normal. Existe, en cambio, casi constante anemia, rebelde a los usuales tratamientos (2'5 a 3'5 millones) con anisocitosis, normo o hipercroma. A veces están descendidos los leucocitos y las plaquetas.

La *evolución clínica* se puede dividir en tres fases. Comienzo tras el episodio desencadenante, con agalaxia y amenorrea en las mujeres (casi siempre postpartum), y en el hombre, con la caída del vello axilar y pubiano. Fase intermedia de aspecto mixedematoso, y además con astenia y fatigabilidad. En las mujeres desaparecen definitivamente las reglas. Esta fase puede durar de tres a doce años antes de presentar el cuadro florido ya descrito, que a veces coincide con el climaterio.

El *pronóstico* de la enfermedad es severo, pero no ominoso. Abandonados a su suerte, los enfermos fallecen, no obstante, tras un coma hipofisario. Con el correspondiente tratamiento pueden realizar incluso trabajos suaves.

Los exámenes de laboratorio pueden resumirse en: anemia normo o hipocroma, metabolismo basal siempre bajo (de hasta —40 por ciento); hipoglicemia (0'70 g. por mil) con curva plana; colesterol normal o bajo; proteínograma normal o con cifras bajas; urea normal, y bilirrubinemia subnormal; electrolitemia normal; porfirinuria a veces aumentada (300 gammas diarias).

La *exploración glandular* revela: gonadotrofinas descendidas de 0 a 10 u. en nuestros casos (normal: 5 a 25 u. ratón). Hipocolesterinemia (0'88 a 1'10 g. por mil). Los 17-hidroxicorticoides están muy disminuídos, con cifras de excreción inferiores a los 2 mg. La prueba de Thorn es positiva con ACTH (tras tres a o más días), lo cual demuestra que el fallo córticosuprarrenal del síndrome es de origen central hipofisario, pero no es del efector periférico suprarrenal (insuficiencia suprarrenal secundaria).

Tratamiento: Administración simultánea de ACTH (especialmente en los enfermos en coma) administrado endovenosamente con suero glucosado, 250 mg. al 30 por ciento. En casos más leves, 25 mg. diarios, intramusculares. Prednisona (20 a 40 mg. diarios). Extractos tiroideos (tiroxina intramuscular, 1 mg. cada día). Hormonas sexuales (masculina especialmente), 25 mg., dos o tres veces semanales. En las mujeres asociar estrógenos (1 mg. diario de dietilestilboestrol). — AUTORRESUMEN.

HEMATOLOGÍA

FARRERAS VALENTÍ, P. (Barcelona). — «LA TERAPÉUTICA GLUCOCORTICOIDE EN HEMATOLOGÍA.» «*Sangre*», *vol. V, n.º 2, 1960. Zaragoza.*

SE efectúa una revisión del estado actual terapéutico acerca de las indicaciones y empleo de los glucocorticoides en las principales enfermedades de la sangre, destacando aquellas en las que son de mayor utilidad. En virtud de sus múltiples acciones reguladoras o modificadoras que ejercen sobre la hematopoyesis, inmunidad y alergia de los vasos capilares, se comprende que la terapia glucocorticoide haya cobrado gran extensión en el campo de la hematología.

De entre los diversos procesos en los que es aplicable, destacan como más beneficiados: 1.º, algunas anemias aplásticas resistentes a diversas medicaciones; 2.º, el cincuenta por ciento de las anemias hemolíticas adquiridas e idiopáticas; 3.º, el leucemoide eosinófilo; 4.º, las agranulocitosis de base inmunoalérgica; 5.º, determinadas fases agudas de las leucemias linfáticas y parablástica, en las que los glucocorticoides en dosis altas ejercen una acción retardadora del éxito letal, mejorando transitoriamente el estado general; 6.º, los períodos de astenia, disproteinemia y fiebre de los linfomas malignos y plasmocitoma, y 7.º, las fases hemorrágicas agudas de las púrpuras trombocitopénicas tipo Werlhof y de las vasculares tipo Schönlein-Henoch.

Con la terapéutica glucocorticoide no se ha conseguido salvar ninguna de las hemoblastosis, pero sí hacerlas más tolerables a lo largo de las mayores sobrevivencias procuradas por los antimetabolitos, agentes alquilantes y radiaciones. En cambio, sí se han conseguido salvar con los glucocorticoides los momentos críticos de las púrpuras fulminantes tipo Henoch, antes siempre letales, y reducir la mortalidad en un cincuenta por ciento de las anemias hemolíticas idiopáticamente adquiridas. Como afirmaba Wintrobe en la primera revisión de conjunto, aparecida en 1950, acerca del empleo del ACTH y cortisona en las enfermedades de la sangre, cabe concluir que si bien los glucocorticoides no han representado el comienzo de ninguna nueva era para la hematología al no poder vencer con ellos las leucemias, cada día más frecuentes, «cruz del hematólogo clínico», sí han constituído un excelente método para superar y salvar los momentos críticos en los que antes de ellos sucumbían un grupo mucho menos numeroso de pacientes con anemias hemolíticas adquiridas, agranulocitosis y púrpuras fulminantes, procesos que no por ser más raros deja de ser para ellos indispensable, vital, la oportuna indicación de la moderna terapia glucocorticoide.—AUTORRESUMEN.

OFTALMOLOGÍA

ESTEBAN, M. (Madrid).—«IMPORTANCIA SOCIAL DE LA AMBLIOPÍA EX-ANOPSIA; SU PROFILAXIS Y TRATAMIENTO.» «*Revista de Sanidad e Higiene Pública*», *núms. 5-6, páginas 373-400, mayo-junio 1960. Madrid.*

SE habla de la importancia de la ambliopía ex-anopsia en el individuo y la sociedad. Tras unas nociones generales, se resumen las principales medidas profilácticas y de tratamiento. Se enjuician, por fin, las principales dificultades y se indican las personas sobre las que recae más directamente la responsabilidad de esta lucha contra la A. A.—AUTORRESUMEN.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

VILA LÓPEZ, P. (Granada). — «HEMOGLOBINA DEL CORDÓN UMBILICAL Y SUFRIMIENTO FETAL.» «*Actualidad Médica*», *n.º 426, páginas 413-429, junio, y n.º 427, págs. 475-496, julio 1960. Granada.*

SE ha dicho que el sufrimiento fetal va precedido de un prolongado estado de hipoxia que antecede al mismo parto. La importancia de este aserto es lo que motiva la presente tesis.

Por examen de los procedimientos que pueden utilizarse para aclarar dicha afirmación, se estima que la medida de la capacidad oxifórica en la sangre del cordón es lo más útil; la determinación de la hemoglobina resulta suficientemente práctica.

Se expone el estado actual del problema, así como los escasos datos sobre los valores normales de la hemoglobina de la sangre del cordón y sus variaciones según la duración del embarazo, observándose que no hay unanimidad a este respecto.

Se han realizado cuatrocientas veintidós tomas de sangre del cordón en partos espon-

táneos y operatorios, determinándose la hemoglobina por fotocolorimetría, al mismo tiempo que de una manera independiente se tomaban los datos del embarazo, parto y recién nacido.

Los valores de hemoglobina en los casos normales (muy depurados) a término dieron cifras muy variables (entre 12'48 a 20'24 gramos de hemoglobina por ciento); el promedio fue de 16'46 gramos de hemoglobina por ciento, con una desviación *standard* de 1'46, parámetros bastante similares a los de la mayoría de los autores.

Existe una elevación progresiva de los valores medios de la hemoglobina a medida que aumenta la duración del embarazo. Las diferencias de los valores de hemoglobina entre los partos prematuros a término y embarazos prolongados son matemáticamente significativos. Esto demuestra la insuficiencia placentaria progresiva al final del embarazo.

Los partos con sufrimiento fetal dieron frecuentemente valores altos de hemoglobina, lo que repercute en su promedio, que fue de 17'11 gramos de hemoglobina por ciento, con una desviación tipo de 1'98; con diferencia también significativa respecto a los casos normales.

La elevación de la hemoglobina del cordón en los sufrimientos fetales no se debe a la anestesia, sino a la frecuencia con que se asocian gestosis, hemorragias y otras complicaciones del embarazo. Los sufrimientos fetales no complicados tienen cifras de hemoglobina similares a los casos normales. Los sufrimientos fetales complicados elevaron el promedio de hemoglobina hasta 18 gramos de hemoglobina por ciento.

No existieron diferencias entre la bradicardia y la expulsión de meconio respecto a las cifras de hemoglobina en la sangre del cordón; ninguno de estos signos nos sirve para orientar el diagnóstico de un estado de sufrimiento relativo o hipoxia prolongada previa.

Los sufrimientos fetales sólo van precedidos de una hipoxia prolongada previa en algunos casos (casi todos ellos gestosis y otras complicaciones). No se puede afirmar que todo sufrimiento fetal, ni aun la mayor parte, vayan precedidos de un sufrimiento latente o relativo.—AUTORRESUMEN.

ROMERO ENCINAS, J. (Sevilla). — «UTILIDAD DEL EXAMEN EN FRESCO DEL EXUDADO VAGINAL.» *«Hispalis Médica», n.º 193, página 319, julio 1960. Sevilla.*

LA utilidad del procedimiento y, casi pudiéramos decir, la necesidad imprescindible de él, se deduce del hecho de que, mediante el examen, se han descubierto un elevado porcentaje de casos de tricomonas y un número de casos, también bastante alto, con hongos.

Aparte de esta utilidad para descubrir infecciones específicas, tiene también otras posibles aplicacionee; así, por ejemplo, en las erosiones de cuello encontramos casos con muchos o con menos leucocitos, y ello nos sirve para conocer hasta qué punto el factor infectivo juega papel en la erosión. Es sabido que no todas las erosiones de cuello son de la misma etiología, y cuando en una erosión encontramos pocos leucocitos, hay que deducir, o que el papel de la infección es muy escaso, o que la erosión que primitivamente no se infectara tampoco lo está actualmente.

Asimismo sirve también para conocer el grado de la infección en las leucorreas, pues no todas las leucorreas son de etiología bacteriana. Hacer un tratamiento antibacteriano en todas ellas, puede estar fuera de lugar. No todas las leucorreicas estudiadas tienen un porcentaje elevado de leucocitos, sino que hay bastantes en que la reacción leucocitaria es escasa.

Cuando el frotis contiene gran cantidad de leucocitos, hay un número bastante alto de casos debidos a la presencia de tricomonas, pocas veces a la presencia de hongos, y también un porcentaje bastante elevado a erosiones cervicales.—AUTORRESUMEN.

DOMÍNGUEZ ALDAME, M. (Sevilla).—«VIRILIZACIÓN DE LA MUJER.» *«Hispalis Médica», n.º 192, págs 261-282, junio 1960. Sevilla.*

LA aparición de un cuadro de virilización en una mujer plantea el problema de buscar su origen, con el fin de hacer un tratamiento etiológico correcto. El virilismo suprarrenal es de presentación más precoz, o sea, propio de mujeres jóvenes, mientras que el debido a un blastoma ovárico es más frecuente en pacientes climatéricas o postmenopáusicas; pero, en cambio, el síndrome de Stein-Leventhal se presenta en jóvenes. Es propio del síndrome adrenogenital un desarrollo muscular atlético que da a la conformación corporal un aspecto varonil marcado.

Los síntomas correspondientes a un tumor pelviano, y el tacto veginal, que permite comprobar su presencia en una mujer que recientemente (o sea, no constitucionalmente) presenta un cuadro de virilización. es de un gran valor positivo, así como la palpación de ovarios duros y engrosados, propios de la hipertecosis, o de un tumor de la fosa renal.

Las técnicas exploratorias complementarias como la douglascopia, la ginecografía de Stein, el pielograma intravenoso y el retroneuroperitoneo, son de gran valor para diferenciar el origen ovárico o adrenal de la virilización.

Las determinaciones hormonales no son de un valor absoluto para indicar el origen de la virilización, ya que si bien el síndrome adrenogenital cursa con elevación de la cifra de 17-cetosteroides, también blastomas ováricos (hipernefromas, Leydig, tecomas), de pregnandiol, que en un principio parecería indicar un origen ovárico, carece de valor específico, pues en la determinación de tal metabolito hormonal con las técnicas hoy en uso, se engloban pregnanos, tanto de origen cortical como ovárico, y sólo la determinación espectrofotométrica del prenanetriol tendría un significado digno de valorar.—AUTORRESUMEN.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

BALLESTER HOYS, A. (Sevilla).—«TÉCNICA PERSONAL DE TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DIAFISARIAS DE LA PIERNA.» *«Hispalis Médica», n.º 193, págs. 323-327, julio 1960. Sevilla.*

EN las fracturas de los huesos de la pierna sin desviación, sobre todo en las fracturas de los niños, no suele haber problema, como asimismo en todos los casos en que los fragmentos se mantienen en buena posición, sin tendencia a la desviación o a la angulación. El verdadero problema es el de las fracturas inestables, que se pueden incluso reducir fácilmente, pero que después pierden la reducción con la misma facilidad. La reducción en el aparato de tracción a tornillo, controlada por radioscopia o por radiografía, se intenta mantener mediante un vendaje enyesado, y al hacer al día siguiente la radiografía de comprobación nos encontramos con que se ha ido.

Expone la opinión de otros autores que se muestran partidarios del atornillamiento del foco de fractura en las oblicuas y espiroideas de la pierna, con ciertas condiciones. Cree que las ventajas de este proceder quirúrgico son mayores cuanto más se simplifique el método y éste sea más asequible a todos. Al mismo tiempo opina que es mejor un método que no toque el foco de fractura, para evitar las manipulaciones sobre él a cielo abierto.

Expone el método que personalmente utiliza, que se basa en la reducción en el aparato de tracción a tornillo clásica, con control radioscópico y radiográfico. Una vez reducida la fractura, la fija mediante el paso de agujas de Kirchner. Hace una pequeña incisión de unos dos centímetros y coloca el tornillo, como es técnica correcta. Retira las agujas de Kirchner y, una vez comprobada la estabilidad de la fractura, coloca escayola dejando libre la rodilla. En algún caso puede ser conveniente dejar una aguja de Kirchner, sin sobresalir de la piel por ningún lado, y en otros, poner dos tornillos en vez de uno.—J. LIRIA PÉREZ.

PATOLOGÍA GENERAL

DÍAZ RUBIO, M.; GARRACHÓN, J., y RUIZ BARRANCO, F. (Sevilla). — «SOBRECARGA INTRAVENOSA DE GLUCOSA. REPERCUSIÓN SOBRE LOS LINFOCITOS Y EOSINÓFILOS.» *«Hispalis Médica», n.º 192, págs. 283-289, junio 1960. Sevilla.*

SE analiza la respuesta de los linfocitos y eosinófilos a la sobrecarga intravenosa de glucosa, en quince individuos normales, demostrándose cómo tras ella se produce una caída de ambos leucocitos. Esto puede ser puesto en relación con el estímulo de sobrecarga oral, estudiado en otros trabajos, en los que se probaba la presencia de una linfocitopenia. Esta, según quedó demostrado, representaba una prueba de exploración funcional cortical.

La menor dispersión individual que con respecto a la media muestran los linfocitos tras sobrecarga endovenosa, la hace preferible al contaje de las mismas células y al de eosinófilos tras sobrecarga glucosada, a pesar del menor descenso comparativo en estas circunstancias y de la prolongación de la prueba por encima del límite fijado en anteriores experiencias.—AUTORRESUMEN.

PEDIATRÍA

GONZÁLEZ-MENESES PARDO, A., y VIDAL JIMÉNEZ, M. (Sevilla). — «ACRODINIA Y MERCURIO.» *«Hispalis Médica», número 192, págs. 289-305, junio 1960. Sevilla*

LA rareza de este cuadro en nuestra región es motivo que nos mueve a presentar cuatro casos observados en este Servicio en los tres últimos años, y al mismo tiempo queremos llamar la atención sobre los peligros que encierra el uso y el abuso de denticinas y «remedios para el babeo», la mayoría de los cuales contienen sales mercuriales.

Todos los niños recibieron con anterioridad denticinas, en las que se pudo demostrar la presencia de mercurio en la proporción de 100 mg. por mil.

Siempre se observó una estrecha relación de tiempo entre la administración de las citadas denticinas y la aparición del cuadro clínico de la acrodinia.

La edad de aparición osciló entre los cinco y nueve meses, época en que son usados con

más profusión los denominados polvos de la dentición y remedios para el babeo.

El que no aparezca en todos los niños que reciben esta medicación, nos indica que hay que valorar en su justa medida el factor constitucional.

Tres de los cuatro casos recibieron tratamiento con Bal, aun sin demostrarse previamente la presencia del mercurio en la orina. En uno de ellos no se pudo, por dificultades técnicas, investigar el mercurio con la orina tras la administración de Bal, pero sí en los dos restantes, en los que la cantidad eliminada superó a las 175 gammas por mil.

La evolución hacia la curación fue mucho más rápida en los niños tratados con Bal que en el que no lo recibió, si bien hemos de considerar igualmente que fue una forma más grave.

Creemos, finalmente, de interés la propaganda dirigida a las madres, enfermeras, farmacéuticos y médicos, para evitar el uso de estos preparados mercuriales, con lo cual se evitarían muchos casos de acrodinia.—AUTORRESUMEN.

PEÑA, J. (Santiago de Compostela).—«ACCIÓN TERAPÉUTICA DE LA VITAMINA B_6 A GRANDES DOSIS, SOBRE LOS SÍNDROMES HEMICONVULSIÓN - HEMIPLEJÍA Y SUS SECUELAS.» *«Revista Española de Pediatría», t. XVI, n.º 93, págs. 385-392, mayo-junio 1960. Zaragoza.*

LA vitamina B_6 a grandes dosis (300 miligramos al día, vía parenteral, ó 4.000 por vía bucal) ha sido utilizada en el tratamiento de síndromes H. H. de diversa naturaleza. Aunque no parece ser capaz de evitar la aparición de la secuela epiléptica ni de la atrofia cerebral secundaria, la evolución clínica y, sobre todo, la bioeléctrica, son altamente favorables. Esta sustancia merece la confianza de ulteriores ensayos.—AUTORRESUMEN.

SÁNCHEZ VILLARES, E. (Salamanca). — «APORTACIÓN DE DOS CASOS DE OLIGOFRENIA FENILPIRÚVICA FAMILIAR.» *«Revista Española de Pediatría», t. XVI, n.º 23, págs. 341-365, mayo-junio 1960. Zaragoza.*

SE aportan dos casos de oligofrenia fenilpirúvica en dos hermanas. Desde el punto de vista clínico constituyen formas típicas, en las que se destaca el hábito morfológico peculiar, con hipotrofia ponderal y estatural proporcionadas, microcefalia absoluta o relativa y robustez torácica que coincide con el hallado por otros autores españoles. Se hacen algunos comentarios sobre la clínica, diagnóstico precoz, detectación de portadores sanos y su terapéutica dietética.—AUTORRESUMEN.

GUBERN SALISACHS, L. (Barcelona). — «LOS VÓMITOS DEL LACTANTE, SEGÚN EL ESQUEMA DE DUHAMEL.» *«Revista Española de Pediatría», t. XVI, n.º 92, págs. 197-218, marzo - abril 1960. Zaragoza.*

ANALIZA algunos aspectos clínicos y terapéuticos de la patología del esófago-hiatal. En las formas menores resalta la importancia:

1.º Del síndrome asfíctico por reflujo esofágico, en el recién nacido.

2.º De las hematemesis con normalidad radiológica aparente. Fundamentándose en la experiencia de Duhamel y en la propia —limitada a veintiún casos intervenidos por vía transpleural—, expone la conducta que debe adoptarse. Considera que, salvo error de técnica, es la estenosis orgánica la única causa del fracaso de la intervención.—AUTORRESUMEN.

BUENO SÁNCHEZ, M., y BUENO CUADRILLERO, A. (Bilbao). — «MOMENTO ACTUAL DE LA PATOLOGÍA ESPECÍFICA DEL PREMATURO.» *«Acta Pediátrica Española», número 211, págs. 365-378, julio 1960. Madrid.*

LA justificación de este trabajo está en que hemos querido reunir en un mismo capítulo aspectos tan dispares como la fibroplasia retrolental, membrana hialina, anemias precoz y tardía, en fin, los cuadros antes descritos, que inundan en la actualidad la Prensa pediátrica por separado, pero que indudablemente, según nuestro punto de vista, era necesario enfocarlos bajo el aspecto de patología especial del prematuro, ya que sólo, o al menos con gran frecuencia, se van a presentar en él. De otra parte, creemos que no está de más insistir en los aspectos más recientes de estas afecciones, así como en su indudable progreso diagnóstico y terapéutico. En esta época de furor por el prematuro no sólo son necesarios los centros creados a tal fin, sino conocer toda la intrincada gama que pueden ofrecer en la clínica diarias. — AUTORRESUMEN.

CRUZ HERNÁNDEZ, M.; ESTEBAN, B.; RODRÍGUEZ LÓPEZ Y GONZÁLEZ, J. (Cádiz). — «ESTUDIOS CROMATOGRÁFICOS DE AMINOÁCIDOS EN LA INFANCIA.» *«Actualidad Médica», n.º 424, págs. 234-247, abril 1960. Granada.*

SE describe una técnica cromatográfica bidimensional ascendente sobre papel de aminoácidos de orina y líquido cefalorraquídeo. La técnica ha sido adaptada, sobre todo, en lo que se refiere a la desalificación de las muestras de orina, a las posibilidades de un laboratorio clínico corrientes, para lo cual los autores han utilizado las resinas cambiadoras de iones. El desarrollo de los aminoácidos sobre el papel se hizo en fenol saturado de agua, primeramente, y butanol-ácido acético-agua, para el segundo desarrollo; el revelado se realizó con ninhidrina en una solución al 0'17 por ciento en butanol. Las manchas de aminoácidos obtenidas fueron fijadas con solución de sulfato de níquel.

Se ha construído un mapa de aminoácidos con sustancias puras, para interpretación y control de estudios clínicos posteriores. En él fueron sembrados los aminoácidos más frecuentemente hallados en los líquidos biológicos. No ofrece diferencias importantes con los descritos por otros autores.—AUTORRESUMEN.

TABUENCA OLIVER, J. M. (Zaragoza).— «CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCCIÓN CARDÍACA EN ALGUNAS CARDIOGRAFÍAS CONGÉNITAS.» *«Revista Española de Pediatría», t. XVI, n.º 93, páginas 407-442, mayo-junio 1960. Zaragoza.*

COMO resumen de las tres comunicaciones que presenta, establece las siguientes conclusiones:

1.ª En las comunicaciones interauriculares, el porcentaje de bifidez de la onda P fue superior al de las restantes cardiopatías sin este defecto. Este hecho constituye un signo de gran interés diagnóstico, sobre todo en niños hasta los tres años de edad y en aquellos que no presentan bloqueos de rama.

2.ª La frecuencia de ondas P bífidas, los grados de alargamiento de su duración y del segmento PR, y la intensidad de los trastornos de conducción de la rama derecha, parecen ser función del grado de cardiomegalia, presiones y grado de saturación de O_2 en el corazón derecho; por tanto, de la gravedad de esta cardiopatía.

3.ª Ante circunstancias hemodinámicas patológicas, la duración y morfología de la onda P es una variable más sensible que el segmento PR y complejo QRS. Cuando por el concurso de la cirugía se suprime el defecto interauricular, la bifidez y amplitud de las ondas P disminuyen, mientras que las deformaciones del complejo QRS no se modifican.

4.ª La frecuencia de los trastornos de conducción de la rama derecha está en relación directa con el aumento de las presiones ventriculares, pero sobre todo con el grado de saturación de O_2 en la arteria pulmonar; la intensidad de aquel trastorno está más en relación con las presiones de la arteria pulmonar, principalmente en niños mayores de seis años.

5.ª En las comunicaciones interventriculares puras se presentan modificaciones de la onda P y segmento PR, similares a las halladas en las comunicaciones interauriculares, pero con menos constancia y más discretas. En las asociadas con auriculares, la intensidad de las alteraciones dependen del defecto dominante.

6.ª Los bloqueos atrioventriculares más intensos se presentaron en comunicaciones interauriculares asociadas a otros defectos cardíacos congénitos graves.

7.ª En las atresias de tricúspide, mitral y anomalía de Ebstein, asociadas con comunicación interauricular, se sumaron frecuentemente los signos electrocardiográficos mencionados anteriormente, aun cuando de cinco casos de atresia de tricúspide, el intervalo PR se encontró acortado en dos, y el segmento homónimo, en tres.—AUTRRESUMEN.

TISIOLOGÍA

SASTRE MARTÍN, R., e ITURRIAGA, A.— «EL ESTADO ACTUAL DE LA TUBERCULOSIS DE LOS GRANDES BRONQUIOS.» *«Revista Clínica Española», t. LXXVII, n.º 2, abril 1960. Madrid.*

EN el transcurso de los últimos años comprueban la marcada disminución e incluso rareza de las formas de tuberculosis bronquial tenidas como clásicas. Cualquiera que posea alguna experiencia en la endoscopia bronquial de tuberculosos pulmonares tendrá que coincidir en lo excepcional de las formas vegetantes e incluso ulcerosas de la tuberculosis bronquial.

No es menos aparente la disminución de las formas inflamatorias o congestivo-infiltrativas de los bronquios grandes. La actual terapéutica ha influído en la consecución de una menor incidencia de la tuberculosis, incluída la bronquial, y en la mayoría de las ocasiones la broncoscopia se practica, por unos u otros motivos, después de haber seguido un tratamiento con tuberculostáticos, con lo que parece lógico pensar que las lesiones inflamatorias de comienzo hayan desaparecido sin dejar secuelas en la mayoría de los casos.

Por el contrario, la participación de los bronquios distales en el proceso tuberculoso sigue siendo evidente, como lo demuestra el estudio histopatológico de las piezas de exéresis, apareciendo lesiones específicas bronquiales que ni clínica ni radiológicamente se habían sospechado.

De quinientos veinte enfermos tuberculosos explorados endoscópicamente del año 1955 al 1960, encuentran los siguientes porcentajes en las diversas formas de tuberculosis bronquial: Tuberculosis congestivo-infiltrativa, 11'5

por ciento; íd. fibroestenosante, 7'6; ídem productiva, 5'19; íd. ulcerosa, 1'7, y ningún caso de las formas miliar y vegetante. El porcentaje es de cinco a siete veces menor al alcanzado en el anterior quinquenio.—PIQUERAS.

UROLOGÍA

DE OYA, J. C., y AGUIRRE, M.—«NEFROCALCINOSIS POR INGESTIÓN DE LECHE Y ALCALINOS.» *«Revista Clínica Española», t. 77, núm. 2, abril 1960. Madrid.*

Los autores nos presentan al enfermo que desde hace cinco años, y después de haber observado varias veces orinas teñidas con sangre, comenzó con un cuadro de dolor en región lumbar derecha, que se irradiaba al abdomen y a fosa ilíaca derecha, con hematuria, por lo que fue tratado como cólico nefrítico, con lo que se alivió de sus dolores, pero seguía tiñendo de sangre sus orinas, expulsando una piedra muy facetada. Los primeros días después del cólico tuvo fiebre, que cedió a los antibióticos.

El episodio se repitió unas veinte veces al año, afectándose el lado izquierdo y haciéndose los dolores más típicos por irradiarse a genitales y, sobre todo, porque a veces se sigue el cólico de la expulsión de numerosísimos cálculos, uno de los cuales quedó enclavado en vejiga y que, tras un mes de persistencia, exigió la colaboración del urólogo.

Después de pasar dos años sin molestias, ha vuelto a padecer los mismos cólicos, con los mismos caracteres.

Como antecedentes, cuenta que desde hace dos años padeció un ulcus duodenal que fue tratado durante un mes con la ingestión únicamente de leche de cabra, que siguió tomando, en cantidad aproximada de un litro diario, durante cinco años, junto con alcalinos. El primer mes de este proceso hizo reposo absoluto.

La exploración física era normal. El enfermo trae un frasco de penicilina completamente lleno de cálculos que había expulsado en sus cólicos. En su hemograma, nos presenta 10.000 leucocitos y 12 mm. de velocidad de sedimentación, en la primera hora. La orina es alcalina, con densidad 1.009, indicios marcados de albúmina, sedimento con alguna célula de vías bajas, 40 leucocitos y un hematíe por campo. La prueba de aclaramiento ureico de V. Slyke dio un resultado en S. B. C. de 26'7 por ciento, con 0'48 de uremia. La calcemia era 10'3 mg. por ciento, y el fósforo, 3'5 mg. por ciento. La fosfatasa alcalina fue de 9'8 u. La reacción de Sulkowitch era positiva en la orina, y la determinación de calcio urinario después de cinco días de ser sometido el enfermo a una dieta que contenía solamente 100 mg. de calcio en las veinticuatro horas alcanzaba la cifra de 105'6 mg. absolutos en dichas veinticuatro horas. El ionograma dio los siguientes resultados: CINa, 602 mg. por ciento; cloro, 365; sodio, 336, potasio, 20'2.

Los cálculos fueron analizados y estaban constituídos por fosfato cálcico. En la radiografía se ven numerosas concreciones cálcicas sobre ambas sombras renales, así como en la parte proximal del uréter dicho. La radiografía de cráneo era normal.

No cabe duda, pues, que se trata de una nefrocalcinosis; pero, ¿cuál es su etiología? No parece que sea una calcificación de zonas necróticas, como ocurre en la intoxicación por el sublimado, en la nefritis de la nefrona distal, en la glomérulonefritis, etc.; mas si no se trata de una nefrocalcinosis distrófica, pasaremos revista al grupo de las metastásicas, como el hiperparatiroidismo, hipervitaminosis D, metástasis ósea, mielomatosis, acidosis hiperclorémica o alcalosis hipoclorémica, sarcoidosis y el llamado síndrome de los bebedores de leche y alcalinos, dentro del cual parece estar incluído el enfermo, por su recortado perfil clínico. No existen alteraciones bioquímicas ni alteraciones óseas, lo que permite excluir las otras posibilidades etiológicas que hemos barajado, y, por otra parte, que el enfermo pasa por la fase apagada de tal síndrome, oligosintomática por sus residuos.

Repetidamente se ha sugerido que la ingestión de leche y alcalinos absorbibles influyen sobre la función renal de forma perjudicial, lo que parece depender de la hipercalcemia, de la alcalosis o de ambas. De aquí que se produzca una hipercalciuria, que puede iniciar la calcificación tubular y la disfunción renal subsiguiente. Otro factor a considerar en estos enfermos es el reposo a que son sometidos, pues sabida es la influencia que la inmovilización tiene en movilizar las sales de calcio, produciendo así una hipercalcemia. En dicho enfermo existen dichos factores etiológicos.

La ingestión de grandes cantidades de alcalinos absorbible, con grandes cantidades de Ca y P (como las que contiene la leche y muchos antiácidos), provoca una situación de alcalosis que produce un profundo trastorno electrolítico que perturba el flujo sanguíneo renal y quizá la función tubular. La alcalosis, a través de su influencia sobre la eliminación del Ca, que junto con las ingestiones de éste y la movilización del mismo por el reposo, produce la hipercalcemia, lo que hará una reducción parcial de la función paratiroidea, y ésta una insuficiencia renal con retención del fósforo. Y de esta manera, la hipercalcemia y fosfatemia, junto con la alcalosis, satisfacen todas las condiciones para que se produzca la calcificación metastásica de un órgano que, como el riñón, segrega ácido.—MARCO ANGULO.

GIL VERNET, S. (Barcelona). — «TUBERCULOSIS GENITAL MASCULINA.» *«Cirugía, Ginecología y Urología», núm. 2, págs. 87-127, marzo-abril, y núm. 3, págs. 171-199, mayo-junio 1960. Madrid.*

Para poder establecer sobre base sólida los focos primarios y el orden de tuberculización de los órganos que componen el aparato urogenital, es preciso estudiar el proceso en sus inicios en fases poco avanzadas, pues al final ya no es posible establecer orden alguno.

La infección de la próstata se realiza por vía arterial, porque con frecuencia, al estudiar las fases iniciales, las lesiones aparecen formando un foco prostático único con integridad del resto del aparato urogenital. El hecho de que las lesiones aparezcan en la zona cortical, alrededor de los acinis, con normalidad de los conductos excretores, habla también en favor de que el foco se ha establecido por vía sanguínea.

En los ochenta y dos casos estudiados por el método de los cortes seriados histotopográficos, hemos visto cincuenta y seis en los que existía al mismo tiempo tuberculosis de la próstata y de una o ambas vesículas. En veinticuatro casos hemos encontrado la próstata tuberculosa y las vesículas sanas. Y sólo hemos visto dos casos de vesículas tuberculosas con integridad de la próstata.

La prostatitis y vesiculitis tuberculosas constituyen los focos primarios de la tuberculosis genital, desde donde se propaga a los demás segmentos.

Las lesiones tuberculosas primarias de las vesículas seminales se propagan en sentido ascendente hacia el epidídimo, siguiendo el conducto deferente; y en sentido descendente, siguiendo el conducto eyaculador, alcanza el veru. Este proceso se efectúa a modo de mancha de aceite, sirviendo de vehículo la mucosa de las vías espermáticas.

La tuberculización de la mucosa uretral es secundaria a los focos primarios aparecidos en la próstata y en las vesículas, y acostumbra a ser limitada.

La uretritis difusa, comprendiendo la uretra prostática y la membranosa, ocurre cuando la infección se produce a consecuencia de una tuberculosis renal que provoca lesiones descendentes de cistitis y uretritis.

La tuberculización del conducto eyaculador se produce de arriba abajo en sentido descendente, como propagación de las lesiones vesiculares.

La extensión de las lesiones tuberculosas desde la vesícula al epidídimo se realiza sirviendo de vehículo la mucosa del conducto deferente. Pero puede también propagarse por vía linfática. Es difícil dilucidar el papel respectivo que desempeñan ambas vías: la linfática y la mucosa, en la propagación ascendente desde el foco profundo al superficial.

En la próstata hay la posibilidad de un enquistamiento de los focos tuberculosos intraprostáticos con tendencia a la curación. La curación espontánea de las lesiones tuberculosas prostáticas conduce siempre de un modo definitivo a la desaparición de los elementos nobles y su sustitución por tejido fibroso. Estas lesiones, por regla general, son reacias a la curación. La causa de ello estriba en la existencia frecuente de cavernas prostáticas que se abren en el conducto uretral. El pronóstico de las mismas depende en gran parte de que estén cerradas o abiertas; en el primer caso, la tendencia es hacia la curación, y en el segundo caso, la curación espontánea es muy difícil, por no decir imposible. Desde este punto de vista se pueden comparar las lesiones tuberculosas de la próstata con las del riñón; en efecto, mientras las lesiones renales permanecen acantonadas en la zona cortical sin comunicación con las vías de excreción, su curación es posible. Pero cuando se establece comunicación con los cálices, la curación es casi imposible.

Es conveniente practicar uretrografías en los casos de tuberculosis prostática, para poner en evidencia las cavernas comunicando con el conducto uretral.

Puede establecerse la regla general de que los procesos inflamatorios, sea cual sea su naturaleza, cuando asientan en la próstata craneal y tienden a la curación, provocan una fibrosis compacta, originando el prostatismo sin próstata o enfermedad del cuello vesical. En la próstata caudal, aunque se tienda a la curación por fibrosis, quedan muchas veces reliquias en forma de pequeños divertículos, cavernas o trayectos fistulosos, que desembocan en la uretra inframontanal, dando origen a la enfermedad diverticular de la próstata.

Las lesiones vesiculares cicatrizan con mayor rapidez y con más frecuencia que las prostáticas, debido a que no están en contacto con la orina, salvo en los casos raros en que existe reflujo uretrovesicular.

La curación de las lesiones específicas del eyaculador es siempre resultado de la evolución curativa de las lesiones profundas genitales que se inician en el extremo superior de vesículas y ampollas, y termina en el veru montanum. La oclusión por esclerosis del eyaculador se produce después

de la obliteración de las vesículas o al mismo tiempo que ellas. Empieza en la parte proximal contigua a la confluencia de vesículas y ampollas, progresando en sentido descendente, hasta su porción terminal en el veru, que es la que tarda más en obliterarse y desaparecer.

Nunca hemos visto la obstrucción del eyaculador como consecuencia de su englobamiento por el tejido cicatrizal de lesiones prostáticas vecinas. Es un craso error hablar de dilatación o ectasis vesicular por obstrucción de los eyaculadores. Este es un concepto que conviene rectificar, ya que crea un confusionismo a todas luces pernicioso.

En principio, no creemos mucho en la propagación linfática de la tuberculosis del aparato genital. Hemos comprobado hasta la saciedad la existencia, en un lado, de ampollas y vesículas sanas, coincidiendo con las del otro lado, profundamente lesionadas. Jamás hemos visto la propagación directa del proceso vesículoampollar de un lado hacia el otro. Y si estos órganos que están contiguos y cuyas redes linfáticas son solidarias, no propagan sus infecciones, hemos de suponer lógicamente (mientras no se demuestre lo contrario) que menos aún se propagarán del uréter al deferente, cuyas redes linfáticas están aisladas y separadas, y que sólo están en conexión de un modo muy indirecto y precario.

En la tuberculosis asociada urogenital puede decirse que la tuberculosis renal en su marcha invasora descendente, después de propagar la infección al uréter y la vejiga, determina, más pronto o más tarde, la tuberculización de la uretra posterior.

Del foco uretral secundario puede producirse la contaminación del utrículo y de la porción terminal de los eyaculadores. Pero nunca hemos podido comprobar la infección ascendente de las vías espermáticas, esto es, no hemos podido comprobar la antigua teoría de Cayla, según la cual el bacilo de Koch desciende siguiendo el curso de la orina y remonta la vía seminal hasta alcanzar la glándula genital.

Propagación de la prostatovesiculitis a las estructuras vecinas.—Los abscesos periuretrales y las pequeñas cavernas desarrolladas en el parénquima prostático se abren en las partes contiguas a la uretra. Los abscesos fríos de la glándula craneal tienden a abrirse en el espacio intervésicogenital. Estos, una vez formados, pueden abrirse en la vejiga, en la cavidad peritoneal, o propagarse a lo largo de la pared posterior de la vejiga. Desde este último punto pueden establecerse adherencias entre el peritoneo vesical y el rectal, pudiendo dar origen a una fístula vésicorrectal.

El absceso intervésicogenital corresponde a lo que Chevassu describió con el nombre de flemón tuberculoso crónico del ligamento ancho masculino y a ciertas veriedades de lo que se conoce con el nombre de bolsa subvesical.

Los abscesos de la glándula caudal pueden abrirse directamente en el recto.

Los abscesos prostáticos, tanto de la glándula craneal como caudal, pueden originar un absceso periprostático en sus paredes pósterolaterales.

Es de señalar la importancia de la vía según la cual el absceso de la próstata caudal se abre en periné anterior, siguiendo la masa del músculo esfínter externo uretral, que es destruído.—AUTORRESUMEN.

ROMERO AGUIRRE, F. (Zaragoza).—«APORTACIÓN AL DIAGNÓSTICO BIOQUÍMICO DEL CÁNCER DE LA PRÓSTATA.» «*Archivos de la Facultad de Medicina*», *t. VIII, n.º 3, páginas 491-494, mayo-junio 1960. Zaragoza.*

AUN cuando el número de enfermos estudiados no es lo suficientemente elevado para deducir conclusiones definitivas, sí cabe prever que los resultados de algunas de estas pruebas bioquímicas tengan positivo interés, principalmente las variaciones del uroteínograma y la proteína C-reactiva.

Por lo que se refiere al proteínograma, la elevación de la α_2-globulina se ha observado, con mayor o menor intensidad, en todos los casos estudiados. Esta variación, constante y característica, permite confiar que el estudio del proteínograma se convierta en prueba sistemática para diagnosticar el cáncer de la próstata, puesto que variaciones del proteínograma, semejantes a las obtenidas, sólo se presentan en los primeros días de procesos inflamatorios o necrotizantes muy agudos. Procesos clínicamente ostentosos que difícilmente pueden pasar desapercibidos.

También ofrece interés positivo la determinación de proteína C-reactiva. Entre los veintiocho enfermos estudiados, comprobado el cáncer de próstata por biopsia o por estudio de la pieza extirpada, el resultado ha sido positivo en veintisiete casos (96'4 por ciento), y negativo, en uno (3'6 por ciento). La investigación de proteína C-reactiva resulta mucho más sensible que la velocidad de sedimentación en estos enfermos, y aparece en fases precoces. Su interpretación es más segura que la de fosfatasa ácida en suero, pues en las fases iniciales del cáncer las cifras de fosfatasa ácida oscilan entre las normales y las ligeramente elevadas, dificultando un diagnóstico exacto, en tanto que la prueba de la proteína C-reactiva no ofrece estas dificultades, pues sólo se encuentra en el suero en situaciones patológicas.

Ninguna de las pruebas utilizadas puede considerarse patognomónica del cáncer de próstata; sin embargo, confiamos que estudios posteriores, en un mayor número de enfermos, confirmen estos resultados y que estas técnicas puedan ser una ayuda muy eficaz para diagnosticar precozmente el cáncer de próstata.—AUTORRESUMEN.

EXTRANJERAS

MEDICINA

AGULLEIRO, J. M., y TCHOULAMJAN, A. «MANIFESTACIONES ARTICULARES EN LAS INFECCIONES MENINGOCÓCICAS.» «*La Semana Médica*», *t. 116, núm. 2, págs. 29-43, 14 de enero de 1960. Buenos Aires.*

DICEN que no es un hecho frecuente la observación de artritis purulentas en el curso de las infeccionen meningocócicas. Han observado un caso y por su rareza lo exponen, haciendo un detenido estudio de las afecciones articulares que pueden asociarse a estas infecciones.

Hacen un comentario y concluyen afirmando que el proceso articular es primero una sinovitis metastásica aguda, que, si se extiende, puede llegar a ser una artritis con derrame purulento intraarticular. Se impone, en los casos infaustos, el estudio anatomopatológico de articulaciones, correderas tendinosas y bolsas serosas. Encuentran una incidencia del 14'7 por ciento.

Los agentes antiinfecciosos, especialmente penicilina y sulfamidas, parecen afectar poco la incidencia de la localización articular en las infecciones meningocócicas.—J. RIVERA.

AZZENA, V.; ASTENG, F., y CHIGLIATTI, G.—«MODIFICACIONES A NIVEL DE LAS DIVERSAS CLASES DE LIPOPROTEÍNAS PROVOCADAS POR LA ADMINISTRACIÓN DE UN HEPARINOIDE EXTRAÍDO DE LA MUCOSA DUODENAL.» (*Modificaciones a levello delle varie classi lipoproteiche indotte della somministrazione de un eparinoide estrativo della mucosa duodenale.*) «*Min. Med.*», *50-53, 2.190. 1959. Torino.*

SON muy diversos los preparados utilizados recientemente para combatir las modificaciones del metabolismo lipídico existentes en la ateroesclerosis, en general con buenos resultados, pero con numerosos inconvenientes derivados de la carestía de algunos de los productos y de los efectos colaterales desagradables de otros. De ahí el interés de este estudio realizado por los autores con un heparinoide extraído de la mucosa duodenal, que puede ser administrado oralmente. La técnica de estudio consiste en el análisis de los lípidos del suero por electroforesis, para determinar el cociente beta/alfa, y por ultracentrifugación. Los enfermos son sometidos a un régimen pobre en grasa, comprobándose que a los dos meses de tratamiento hay ya una disminución del cociente beta/alfa de un 40 por ciento, descenso que se acentúa en las semanas siguientes.

Por ultracentrifugación se comprueba también un descenso de las fracciones de baja densidad.

Aunque es pronto para tener resultados definitivos, es interesante la introducción de este preparado, que viene a completar el arsenal de los antiateroesclesos. Su mecanismo de acción, aunque no comprobado, se supone que es análogo al de la heparina.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

IVANISSEVICH, O., y otros.—«HACIA UN DIAGNÓSTICO IDEAL: EL SÍNDROME MÍNIMO, LA MEDICINA PREVENTIVA Y LOS PROGRESOS DE LA ELECTRÓNICA MÉDICA.» «*La Semana Médica*», *t. 116, núm. 3, págs. 57-67, 21 de enero de 1960. Buenos Aires.*

EL diagnóstico ideal es el oportuno a los fines de la terapéutica, y temprano con respecto al comienzo de la enfermedad. Estas cualidades pueden ser diferidas en razón de la cultura del enfermo y preparación científica del médico.

Las etapas por que ha pasado la clínica son: 1.ª De los síntomas y signos ostensibles, que da un diagnóstico tardío. 2.ª De los síntomas iniciales; síndrome mínimo, en el que el diagnóstico es oportuno y se llega a la curación con cicatriz mínima; aquí habría dos subetapas: *a*) en la que el paciente tiene síntomas y el médico encuentra signos; *b*) en que el paciente no tiene síntomas y el médico busca y encuentra signos. 3.ª Anterior a los síntomas: etapa que acerca al

diagnóstico ideal, pero que escapa un tanto a las posibilidades del médico para entrar de lleno en las obligaciones de una organización médica: la medicina preventiva, que llevaría a la curación total.

Finalmente señalan que la electrónica nos proporcionará medios para hacer el diagnóstico ideal sin síntomas.—J. RIVERA.

BACTERIOLOGÍA

MALFATTI, M.—«APLICACIONES DE LA TÉCNICA DEL SOMBREADO AL ESTUDIO DEL MYCOBACTERIUM LEPRAE.» *«La Semana Médica», t. 115, núm. 24, págs. 948-957, 10 de diciembre de 1959. Buenos Aires.*

DESPUÉS de unas consideraciones sobre la importancia de la fase «L», el autor nos expone sus investigaciones en material obtenido de lepromas mediante una incisión superficial que proporciona un exudado de linfa muy rica en gérmenes. Utiliza el «sombreado» con oro y aluminio, y observa formas bacilares aisladas y en grupos de variado tamaño y aspecto. La presencia de formas macizas con poros o numerosas vacuolas de diferente tamaño y de formas granulosas le hace suponer que se trata de diferentes etapas de un mismo proceso. La presencia de un halo periférico que en las formas aisladas envuelve individualmente al germen y en los globi aparece rodeando colectivamente a los mismos, le permite suponer que dicho halo puede estar constituído por una sustancia difusible, producto del metabolismo celular y que sería responsable de la dificultad de inoculación, cultivo y terapia.—J. RIVERA.

CIRUGÍA

BANDIERA, C.; FAMILIARI, R.; ESPOSITO, G., y CASTELLANA, S. (Nápoles). «ALGUNAS CONSIDERACIONES CLÍNICO-ESTADÍSTICAS SOBRE 82 CASOS DE TRAUMATISMOS CERRADOS DEL ABDOMEN.» *(Alcune considerazioni clinico-statistiche su 83 casi di trauma chiuso dell'addome.) «Il Cardarelli», vol. 1, n.º 2, págs. 243-261, 1959. Nápoles.*

SE hace una completa revisión de ochenta y tres casos de traumatismos cerrados del abdomen, asistidos en cuatro años, por todos los autores, en diferentes turnos de guardia, en los Servicios de Urgencia de Nápoles.

Por sistema, intervienen precozmente en todos los casos en que se sospecha lesión interna, ya que la ausencia de mortalidad en los casos en que pueda resultar inútil la laparotomía, es absoluta.—SERAL.

NUTRICIÓN

PHOCAS, E.; ANDRIOTAKIS, C., y KALLAMANIS, F.—«ACCIÓN TERAPÉUTICA DE LA CLOROPROPAMIDA (P-607) EN SETENTA ENFERMOS AFECTOS DE DIABETES Y OCHO PERSONAS NORMALES.» *(L'action thérapeutique de la chlorpropamide (P-607) sur 70 malades atteints de diabète et 8 personnes normales.) Atenas.*

ESTUDIAN los autores la acción de un nuevo antidiabético por vía oral, la clorpropamida, en setenta diabéticos divididos en dos grupos: sesenta y cinco enfermos de diabetes lipopletórica y cinco diabéticos delgados, y en ocho sujetos que no presentaban ningún trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, que estaban hospitalizados en el Hospital «Laïkon», de Atenas.

Las dosis empleadas por ellos oscilan entre 500 miligramos y un gramo, durante tres días, disminuyéndose después progresivamente, según las necesidades, en sustitución de la insulina, que se les administraba anteriormente.

En lo referente a los resultados obtenidos, dividen a los enfermos en tres grupos: en un primer grupo colocan a aquellos diabéticos en los que la glucosa en sangre a los quince días de tratamiento oscilaba entre 0'84 y 1'20 g. por mil, había desaparecido la glucosuria y tampoco se encontraban cuerpos cetónicos en orina: a estos resultados los consideran como excelentes. En el segundo grupo sitúan a aquellos enfermos en los que las cifras de glucemia no llegaron a descender por debajo de 1'49 g. por mil: la glucosuria no llega a desaparecer. En el tercer grupo colocan a los enfermos en los que no se obtiene ningún efecto con la toma de clorpropamida.

Al primer grupo pertenecen treinta y seis diabéticos de edad comprendida entre 35 y 75 años; al segundo corresponden treinta enfermos de diabetes lipopletórica y de una edad que oscila entre 30 y 72 años, y al tercer grupo pertenecen cuatro enfermos.

Los autores no han observado ninguna acción perniciosa del medicamento sobre el hígado y solamente pequeñas variaciones en el cuadro hemático, observando una discreta eosinofilia y un moderado aumento del número de plaquetas. Han observado en algunos de los enfermos discretas crisis hipoglucémicas.

En las ocho personas sin trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, a las que se les ha administrado una dosis de clorpropamida de 2 g., a cinco de ellos; de 1'5 g., a uno, y de 1 g., a dos, han observado un descenso de la glucemia que llega, en uno de ellos, hasta 0'47 g. por mil, observando el máximo descenso a partir de la segunda hora de la toma del medicamento.

Los autores llegan a la conclusión de que el medicamento en estudio tiene una acción clara en el caso de diabetes dipopletórica, pero que no ocurre lo mismo en el caso de los diabéticos delgados, llegando a admitir que un gramo de clorpropamida sustituye a una cantidad de insulina que varía entre 10 y 80 unidades.—A. GARCÍA LEJARRETA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

ZEOLLA, A., y LEIBASCHOFF, J. — «LA ANALGESIA PERIDURAL CONTINUA EN EL TRABAJO DEL PARTO.» *«La Semana Médica», t. 116, núm. 16, págs. 469-470, 11 de abril de 1960. Buenos Aires.*

EL fundamento de la analgesia peridural —dicen los autores, citando a Hingeon y Southworth— es bloquear en el espacio extradural las raíces de los segmentos medulares D11, D12 y S2 a S4, ofreciendo ventajas psíquicas y físicas a las parturientes muy sensibles que no pueden someterse a otros tipos de anestesia: renales, cardíacas, pulmonares, agotamiento materno, partos prematuros, etc.

Emplean la xylocaína y describen la técnica que ellos usan: utilizan un catéter de polietileno, que dejan fijo para inyectar dosis sucesivas.

No tienen en cuenta el estado de la bolsa ni la altura de la presentación; sólo el estado del cuello (3 cm. de dilatación).

En cuanto a los resultados, dicen: a los diez minutos, la paciente quejosa y excitada se muestra sonriente y serena, no manifestando dolor; las contracciones se regularizan; la acción más llamativa es la relajación absoluta de las partes blandas y, en especial, el cuello uterino: parturientes que no toleran el tacto de un dedo, admiten impávidas la introducción en vagina del puño cerrado. El niño nace bien cien por ciento, sin complicaciones cardiorrespiratorias. Se acorta la duración del parto. Mortalidad maternofetal, nula.—J. RIVERA.

KOREMBLIT, E., y otros.—«EMBARAZO EXTRAUTERINO.» *«La Semana Médica», t. 116, núm. 4, págs. 96-99, 28 de enero de 1960. Buenos Aires.*

LOS autores exponen su experiencia sobre embarazo extrauterino: ciento noventa y ocho casos observados de 1935 a 1958, sobre un total de noventa y un mil novecientos cuarenta y tres partos, 0'26 por ciento.

En cuadros comparativos señalan la edad y paridad. Encuentran antecedentes en el 55'56 por ciento de los casos.

Señalan la frecuencia y localización del dolor, lipotimia, amenorrea, metrorragias y leucocitosis.

El diagnóstico fue preoperatorio en el 80'31 por ciento. Hicieron punción del Douglas en veintidós casos, resultando positivo en el 77'27 por ciento.

En otro cuadro exponen la localización. Señalan la frecuencia de abortos tubáricos y rotura de trompa, y el tratamiento seguido, siempre quirúrgico.

En la evolución observan una mortalidad del 2'02 por ciento. En la evolución alejada observan el 8'88 por ciento de embarazos posteriores, encontrando nuevos embarazos ectópicos en dos casos.

Concluyen afirmando que la anamnesis minuciosa en busca de antecedentes, de enfermedades predisponentes del embarazo ectópico, la existencia de metrorragias y dolor provocado en el Douglas, orientan el diagnóstico; la colpocentesis posterior lo confirma, siendo la conducta única: quirúrgica, conservadora y lo más precoz posible.—J. RIVERA.

MORENO, J., y otros. — «TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS PULMONARES DE ALGUNAS FORMAS DE CÁNCER DE MAMA.» *«La Semana Médica», págs. 159-161, tomo 114, número 5, enero 1959. Buenos Aires.*

DESPUÉS de unas consideraciones sobre el tratamiento, la acción de los andrógenos en ciertas formas de cáncer de mama y sus metástasis, y de exponer dos casos, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

1.ª Ciertas formas histológicas de cáncer de mama y sus metástasis aparecen favorablemente influídas por la administración de altas dosis de andrógenos, potenciados por el ACTH u hormona corticotropical.

2.ª Los tumores conjuntivovasculares malignos y el cáncer inflamatorio de mama, no experimentan ninguna modificación al tratamiento hormonal con andrógenos. A veces son influídos desfavorablemente.

3.ª Las dosis administradas en series de diez o más días, a razón de 100 miligramos por día, fraccionadas o no, deben mantenerse por largo tiempo, de acuerdo con la tolerancia de la enferma.

4.ª La mejoría se acentúa, potenciando la acción de los andrógenos con la hormona corticotrópica hipofisaria.

5.ª Los resultados obtenidos, si bien no pueden compararse a los que se consiguen en ciertas formas de cáncer de próstata mediante la castración y la administración de estrógenos, son realmente satisfactorios. Aun-

que no se puede hablar del tratamiento curativo, las mejorías obtenidas justifican plenamente su empleo.

Consideran los resultados obtenidos por la castración röntgenológica, muy superiores a los obtenidos por la quirúrgica, pretendiendo hacer el comentario de otras observaciones en las que emplean dicha castración junto con la administración de andrógenos, estando empeñados en la tarea de dilucidar el mecanismo de acción de los andrógenos sobre las células del cáncer primitivo y sus metástasis. — J. RIVERA.

DENOIX, P. F. — «CLASIFICACIÓN POR ESTADÍOS CLÍNICOS DE LOS TUMORES MALIGNOS DE LA MAMA.» (*Classification par stades cliniques des tumeurs malignes du sein.*) «*Revue Française des Gynécologie et d'Obstétrique*», *págs. 61-71, núm. 1, enero 1960. París.*

DESPUÉS de una introducción y consideraciones generales, hace una descripción de la extensión de la enfermedad y del sistema T. N. M., en el que T. designa el tumor primitivo, N. la adenopatía regional y M. las metástasis a distancia.

Se hace después la aplicación de los conceptos generales a los tumores malignos de la mama. Se hace notar que le número 170 es el que corresponde al cáncer de mama en el Código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (1955), con una división del 17.1 al 170.5, expone las categorías T. N. M. y los estadíos clínicos.

Dedica un capítulo a presentación de resultados y otro final al ensayo clínico de la clasificación por estadíos clínicos propuesta para los tumores malignos de la mama.

Finalmente, indica la dirección: M. le Professeur agrégé P. F. Denoix, Institut Gustave-Roussy, Villejuif, Seine, France, en espera de recibir la experiencia adquirida en el ensayo de la clasificación propuesta. — J. RIVERA.

BERGMAN, A., y otros. — «ACTIVIDAD FIBRINOLÍTICA DE LA LECHE DE MUJER.» «*La Semana Médica*», *págs. 539-540, tomo 114, núm. 17, abril 1959. Buenos Aires.*

LOS autores utilizan un procedimiento consistente en aprovechar la actividad tromboquinásica de la leche de mujer sobre sangres oxalatadas o citratadas, o agregando cloruro de calcio.

La leche de mujer no es capaz de coagular el fibrinógeno puro de vaca, pero actúa como fibrinolítico si se hace coagular al fibrinógeno de vaca por suero humano.

El fibrinógeno llega a suprimir el poder fibrinolítico, lo que la diferencia de la tripsina. La leche de mujer es activa desde el primer día del nacimiento del hijo, y se puede encontrar aun cuando la edad del niño sea de dos años.

Dada la labilidad del coágulo formado por el trombógeno de la leche de mujer sobre la sangre, el gran poder fibrinolítico que aparece a las dos horas de la formación del coágulo, permite pensar que en algunas ocasiones, y por causas y mecanismos todavía desconocidos, pueda producirse una absorción masiva de dichos elementos en el momento del parto y explicar algunas de las hemorragias incoercibles observadas durante el alumbramiento, produciendo coágulos lábiles y fibrinolisis subsiguiente con consumo del fibrinógeno como se observa in vitro. — J. RIVERA.

APELO, R. — «HISTERECTOMÍA POR MOLA HIDATÍDICA.» (*Hysterectomy for Hydatidiform mole.*) «*Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties*», *vol. 14, núm. 4, páginas 214-217, julio-agosto 1959. Manila.*

EL autor reconoce la gravedad de inclinarse por un procedimiento radical para el tratamiento de la mola hidatídica. Describe un caso con signos de benignidad y que desasrrolló un corioepitelioma en pulmón. Describe luego otro igual y luego otro parecido. Seguidamente otros cuatro, en los que hace histerectomía en dos.

La única forma de evitar el corioepitelioma es prevenir su aparición, no esperar, sino hacer histerectomía precoz en multíparas. El autor expone este concepto para que cada uno lo valore, no es un concepto inflexible, sino que es susceptible de modificación atendiendo a sugestiones y opiniones bien fundamentadas. — J. RIVERA.

APARATO RESPIRATORIO

ZIRILLI, G., y ANTINORI, A.—«LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN EL CUADRO DE LA PATOLOGÍA PULMONAR.» (*Le ernie diafragmatiche nel quadro della patologia polmonare.*) «*Minerva Medica*», *51, 40, 1.872. 1960. Torino.*

LOS autores, después de haber revisado la sintomatología de las hernias diafragmáticas y su interés en relación con la posible confusión con alteraciones pulmonares, presentan un caso curioso de hernia del lado derecho, en la que todo el estómago ocupaba la cavidad torácica, con la consiguiente irritación pleural y producción de un cuadro respiratorio difícil de aclarar.

Contribuyó al diagnóstico la existencia en el estudio radiológico de una gran cámara aérea en el hemitórax derecho, junto a la silueta cardíaca, que hizo pensar en un quiste aéreo congénito. La administración de contraste oral permitió aclarar el caso, que los autores presentan como curiosidad diagnóstica.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

SCHNIR, M.—«LAS PRÓTESIS EN EL TRATAMIENTO DE LOS PIES PLANOS LONGITUDINALES.» «*La Semana Médica*», *t. 116, núm. 6, págs. 148-158, 11 de febrero de 1960. Buenos Aires.*

EL autor hace un análisis del mecanismo de acción y de los resultados que se obtienen con las prótesis más comúnmente usadas, describiendo un nuevo tipo creado por él, de talonera supielevadora, de indudables ventajas.

Describe las sucesivas fases del aplanamiento de los arcos longitudinales del pie. A continuación, la plantilla común en sus distintos tipos; la de Whitmann, las cuñas internas y anteriores y las taloneras.

Seguidamente expone los principios en que se funda la construcción de la talonera supielevadora ayudándose de figuras, radiografías y fotografías.

Concluye afirmando que dicha talonera, además de elevar el extremo anterior descendido del calcáneo y de hacer retroceder el astrágalo, supina ambos huesos y abduce la cabeza astragalina, es liviana, no traumatizante y no interfiere el desarrollo ni la fisiología del pie, permitiendo correcciones progresivas y completas.—J. RIVERA.

CIRILLO, L., y BOSCHI, E. (Padova). — «ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y ARQUITECTURALES DEL MENISCO REGENERADO EN LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA.» (*Studio sulle caratteristiche strutturali ad architetturali del «menisco rigenerato» nella articolazione del ginocchio.*) «*Chirurg. Italiana*», *vol. 11, fasc. 4, páginas 477-487, 1959. Roma.*

EL estudio microscópico de un «menisco regenerado» ha llevado a los autores a sostener que histológicamente no se puede hablar de regeneración, sino solamente de un proceso de adaptación morfológica y funcional del material colágeno de la cápsula. Es decir, que la cápsula invade la región que ha dejado libre la meniscectomía y la rellena formando un anillo funcional proporcionado. Funcionalmente, sin embargo, el «regenerado» sustituye plenamente al extirpado. — SERAL.

RIVERO, S. (Torino). — «EL ENCLAVAMIENTO, SEGÚN RUSH, EN EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS Y DE LAS PSEUDOARTROSIS DEL MIEMBRO INFERIOR.» (*L'inchiodamento, secondo Rush, nel trattamento delle fratture e delle pseudo-artrosi dell'arto inferiore.*) «*Minerva Ortopedica*», *vol. 11, n.º 6, páginas 286-297, junio 1960. Torino.*

LA osteosíntesis «dinámica» de Rush ha sido considerada por los mismos alemanes como procedimiento destinado a llenar la laguna existente hasta ahora con el enclavamiento de Künstcher. El autor, en la revisión que hace, con profusión de documentación gráfica, se asocia también al juicio favorable del método, que encuentra sus principales indicaciones en el tratamiento de las fracturas del tercio distal del fémur y en las supramaleolares.

El procedimiento, con la técnica que siguen en la escuela del profesor Re, es un método fácil, de grandes posibilidades, y por la naturaleza del clavo, de indiscutible superioridad al clavo rígido de Künstcher. La *estructura* del clavo de Rush, con su tensión elástica longitudinal constante, permite mantener en todo momento en estrecho contacto la superficie de los fragmentos y favorece, en la carga, la consolidación por su acción estimulante derivada de su mecanismo «a telescopio».

Después de muchos años de experiencia, existen todavía sin resolver, con el Künstcher, múltiples problemas. Y el autor invita a que se experimente este método.—SERAL.

HERBERT, J. J.—«ESTUDIO CRÍTICO SOBRE LAS ARTRODESIS DE LA CADERA.» (*Étude critique sur les arthrodèses de la hanche.*) «*Rev. de Chirurgie Orthop. et Rép. de l'Appareil Moteur*», *t. 46, n.º 1, págs. 3-14, enero-marzo 1960. París.*

EMPIEZA por un estudio comparativo de la dinámica de una articulación coxofemoral normal, con otra completamente bloqueada por una artrodesis. Las deducciones que obtiene vienen a corroborar, una vez más, que la artrodesis por puente trocántero-ilíaco no es una buena técnica, pues el puente óseo que se forma está sometido constantemente a la acción de fuerzas muy importantes, que son la causa de los fracasos de este procedimiento.

Estudiando la transmisión de las fuerzas a través del hueso y del metal empleado para la artrodesis, demuestra palpablemente la superioridad del clavo trilaminar sobre los tornillos.

Refiriéndose a la técnica de la operación, hace resaltar dos puntos que, en su opinión,

son los esenciales para obtener un buen resultado: la posición en la que debe fijarse la articulación y la posición del clavo.

La posición ideal de 25 grados de flexión, 10 de aducción y 5 de rotación externa, sólo puede conseguirse bajo control radiográfico peroperatorio.

El clavo, para que su utilidad sea máxima, deberá atravesar aquellas zonas en que, tanto en el fémur como en el íleon, el hueso sea más compacto, y esto en la mayor longitud posible. La zona más compacta del íleon forma con el eje del cuerpo del fémur un ángulo abierto hacia atrás; por esta razón, el clavo deberá atravesar ligeramente de delante a atrás el eje del cuello. Si se introduce correctamente y tiene la longitud debida en la radiografía antero-posterior, la punta del clavo estará a nivel de la articulación sacro-ilíaca, sobre el borde interno de la pelvis.

Los veinte casos que el autor ha operado de esta manera presentan todos ellos un excelente resultado.—F. GONZALO VIVAR.

DEBEYRE, J. y HUCHET, C. A.—«LA LUXACIÓN INTERNA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ARTROSIS DE LA CADERA. TÉCNICA DE CHARNLEY.» (*La luxation interne trans-acétabulaire dans le traitement opératoire des arthroses de la hanche. Technique de Charnley.*) «*Revue de Chirurgie orthopédique et réparatrice de l'appareil moteur*», *tomo 45, núm. 3, páginas 397-415, julio-agosto 1959. París.*

Los autores proponen la luxación transacetabular de la cabeza del fémur como tratamiento de la coxartrosis en su estadio quirúrgico, y, basándose en las directivas dadas par Charnley en 1952, describen la instrumentación necesaria y la técnica operatoria.

Siguiendo este procedimiento obtienen, en los ciento dieciséis enfermos que constituyen el objeto de este estudio, un porcentaje de anquilosis ligeramente superior al de caderas, que conservan una relativa movilidad.

La estabilidad es buena en todos los casos por la supresión de toda posibilidad de movimientos de abducción-aducción y de rotación. Los dolores a la marcha son bastante más frecuentes en los casos en que queda una movilidad, y los autores apuntan el interés que podría tener la introducción de modificaciones en la técnica, a fin de conseguir un mayor porcentaje de anquilosis. La movilidad, cuando existe, alcanza una amplitud de 25º como término medio, lo que en ciertos casos puede ser más ventajoso que una anquilosis completa.

Concluyen diciendo que el ideal sería introducir en la técnica las modificaciones necesarias para poder obtener, a voluntad, la anquilosis o la movilidad.

Los resultados funcionales que obtienen son comparables a los que se consiguen con una cualquiera de las técnicas clásicas de artrodesis.—F. GONZALO VIVAR.

NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

NARANJO y BANDA (Quito). — «ENSAYOS CLÍNICOS Y FARMACODINÁMICOS CON DIETILAMINOETANOL (DEANOL).» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *núm. 29, págs. 24-42, enero-marzo 1960. Quito (Ecuador).*

Los autores extractan una serie de hechos generales sobre recientes descubrimientos de anatomía y funcionalismo del sistema reticular y límbico, así como sobre sus conexiones e influencias sobre diversas actividades anímicas de los seres humanos, para revisar con esta base las características de las drogas psicotrópicas y psicoestimulantes y su clasificación farmacodinámica. Después de este preámbulo pasan a exponer las experiencias personales que han realizado con la droga llamada «Lucidol», que químicamente se trata del dimetilamino-etanol, que actuaría como precursor de la acetilcolina a nivel de los centros cerebrales. Llegan a la conclusión de su escasa toxicidad entre los animales de experimentación, siendo sus efectos débilmente colinérgicos. En el tratamiento de individuos afectados de un síndrome depresivo obtienen un 70 por ciento de mejorías, éxitos superponibles con el mismo porcentaje, pero con mayor intensidad sintomática sobre pacientes afectados de fatiga mental, estableciendo finalmente un juicio comparativo con la anfetamina, para llegar a la deducción de que en un 75 por ciento de casos los resultados fueron superiores con el «Lucidol».—LUIS DEL CAMPO.

AGOSTINI y QUINTELA (Río de Janeiro). «EL NIÑO ABANDONADO.» «*Archivos de Criminología, Neuropsiquiatría y Disciplinas Conexas*», *núm. 29, págs. 14-23, enero-marzo 1960. Quito (Ecuador).*

Las autoras se refieren a la forma de vivir las clases medias e inferiores en Río de Janeiro, con una población de unos tres millones de habitantes, donde el niño, en general, vive en promiscuidad y abandono, señalando las repercusiones psíquicas y somáticas que suelen instaurarse cuando por falta del cariño materno son internados en instituciones estatales. El niño que se desarrolla en estas condiciones acostumbra a presentar una conducta agresiva, demostrando las estadísticas que un porcentaje elevado de delincuentes recidivistas y sujetos con reacciones antisociales acusan la falta de cariño materno en sus primeras edades.

Frente a este grave problema que, indican con lujo de detalles, se da en la populosa ciudad brasileña, dicen que el legislador debe tomar las oportunas medidas para hacer frente a tales hechos, que servirán de auténtica profilaxis para mejorar la futura sociedad de aquella nación. Para resolverlo aducen numerosos trabajos de autores mundiales, sobresaliendo sus referencias a las conclusiones de Bowlly y Odier, que, adaptados al medio ambiente de Brasil, se circunscribirían fundamentalmente a incrementar las condiciones del nivel social y económico de las clases poco pudientes, viendo de proporcionar una mayor efectividad a los niños, protegiendo a la infancia, orientándola, estableciendo jardines o residencias especiales y relacionándolos más directamente mediante el control de sus padres, parientes o guardadores estatales.—LUIS DEL CAMPO.

ROSA, J. J., y MIR, J. R.—«LA RESERPINA EN EL ALCOHOLISMO SUBAGUDO.» «*La Semana Médica*», *tomo 116, núm. 1, págs. 14-18, 7 de enero de 1960. Buenos Aires.*

Los buenos resultados obtenidos por otros investigadores, cuyas experiencias citan, les han inducido a emplear este tratamiento.

Lo prueban en diecinueve casos, todos del sexo masculino, y exponen la historia de seis y el esquema de los diecinueve.

Terminan afirmando que la reserpina es sumamente eficaz para dominar la agitación y acortar el onirismo, presentes en el alcoholismo subagudo, aconsejando, cuando ambos síntomas son marcados, el empleo intravenoso en dosis de 2'5 mg., repetida a las cuatro horas, y luego cada ocho, por vía muscular, para pasar luego a la vía bucal, siendo la dosis media diaria de 7'5 mg., a veces 10, y la total, 35-40 mg. No han observado intolerancia ni fenómenos tóxicos. — J. RIVERA.

GAFFURI, L., y VIVOLI, M. — «MENINGOENCEFALITIS AGUDAS PIÓGENAS Y ABSCESO ENCEFÁLICO.» «*La Semana Médica*», *t. 115, núm. 27, págs. 1.071-1.074, 31 de diciembre de 1959. Buenos Aires.*

Mediante el presente trabajo, los autores persiguen la finalidad de establecer el nexo de unión entre las meningoencefalitis agudas piógenas y el absceso encefálico, así como identificar su personalidad desde el punto de vista clínico y anatómico.

Se ocupan de la patogenia, formas clínicas, anatomía patológica, pronóstico y tratamiento.

Concluyen afirmando que la encefalitis sería un edema cerebral determinado por una meningitis localizada que, provocando infección vascular, se extendería a ciertas partes de la masa encefálica; se le puede considerar como el primer paso de la formación del absceso encefálico. Su diagnóstico es difícil por la evolución proteiforme y confusión o semejanza con otros cuadros clínicos. El pronóstico de vida es muy relativo, observándose en ciertos casos felices signos de recuperación con mayor o menor déficit funcional.—J. RIVERA.

MEEROFF, M. — «AFECCIONES DIGESTIVAS ORGÁNICAS DE PROBABLE ORIGEN PSICÓGENO.» «*La Semana Médica*», *t. 115, núms. 25-26, págs. 975-983 y 1.032-1.039, 17 y 24 de diciembre de 1959. Buenos Aires.*

En una serie de capítulos, estudia el autor la génesis psíquica de la úlcera gastroduodenal y de la colitis ulcerosa inespecífica.

El mecanismo por el que la perturbación de la corteza cerebral genera esta enfermedad sería por una disminución de la resistencia de la pared al provocar un espasmo vascular, aumento de secreción de ácido clorhídrico en la úlcera y una exacerbación de la flora intestinal en la colitis.

La úlcera es la consecuencia de la acción de una serie de factores emocionales actuando en sujetos cuya predisposición se define a través de caracteres psíquicos y de características de funcionalismo gástrico.

En la colitis, los individuos habrían tenido una infancia perturbada, madre ambivalente con reacción hostil del niño hacia ella. Así como en la melancolía el yo es atacado por el superyo, en la colitis ulcerosa el organismo es atacado por el sujeto incorporado sádicamente, y tiende a liberarse por la descarga anal. La anorexia, vómitos, dolor abdominal, diarrea y hemorragia, representan la incorporación agresiva del objeto y la defensa en contra.—J. RIVERA.

PATOLOGÍA

COLINA, G. (Faenza). — «ACTUALIDADES DE CANCEROLOGÍA.» (*Aggiornamenti di carcelologia.*) «*Minerva Medica*», *51, 21, 893. Año 1960. Torino.*

El presente número de *Minerva Medica* viene dedicado a la interesante revisión que sobre los avances realizados en el campo de la cancerología en el pasado año recoge el autor.

Resulta muy difícil para el médico práctico seguir al día la marcha de las investigaciones y de los hallazgos en un campo de tanto interés, pero de tan gran extensión, como es el de la cancerología, y de aquí la utilidad de un resumen como el que comentamos, que en unas pocas páginas revisa las novedades ocurridas en este campo de la Medicina.

La disposición del artículo en capítulos facilita la consulta y la lectura del tema deseado, revisando en una parte general las aportaciones del campo de la genética, de la bioquímica y de las pruebas experimentales y de laboratorio.

En la parte especial del carcinoma en la patología humana, recoge los datos referentes a la etiología, a las teorías patogénicas actualmente en boga, así como a los aspectos clínicos y terapéuticos del cáncer en todas sus localizaciones.

Es, pues, una puesta al día muy bien hecha, que resulta de suma utilidad para el práctico, y por ello hemos creído interesante recogerla en nuestro comentario. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PEDIATRÍA

OBES POLLERI, J. — «LOS PROBLEMAS DE LA PREMATURIDAD.» «*Rev. Cubana de Pediatría*», *vol. XXX, núm. 9, septiembre 1958. La Habana.*

ESTA es otra comunicación al VII Congreso Internacional de Pediatría. Divide su interesante trabajo en seis capítulos, que son:

I. «Esquema fisiopatológico»; II. «Causas de muerte (documentación anatomopatológica)»; III. «Carencia fetal»; IV. «Alimentación»; V. «Tratamiento de la infección», y VI. «Transfusión del prematuro».

No cabe la menor duda de que los estudios de Hammond y de Wallace sobre las prioridades materno fetales en el reparto de los principios nutritivos, ha hecho insostenible el concepto clásico del parasitismo fetal durante el embarazo. Porque al final, cuando desciende su índice metabólico, el feto pierde la prioridad absoluta, si hay carencia en la dieta materna, reflejada en su torrente circulatorio, sufre déficits que pueden condicionar daño o imperfección fetal.

La alimentación completa y equilibrada de la gestante, sobre todo en el último trimestre, es una de las preocupaciones fundamentales del médico actualmente.

En los estudios anatomopatológicos se demuestra que sólo los prematuros muy pequeños dan causas oscuras en el estudio necrópsico.

La bronconeumonía es una de las causas más frecuentes de la muerte de los prematuros de todas las edades, incluyendo los recién nacidos.

Lo mismo ocurre con la membrana hialina.

En cuanto a la inmadurez pulmonar de Potter, de los alveolares y muy especialmente de los capilares, explica el éxitus de los prematuros y demuestra que este trastorno sobrepasa la imperfección de los centros respiratorios.

Se destacan después las *lesiones anóxicas* (congestión, hemorragia y, sobre todo, edema), las *hemorragias cerebro-meníngeas* e *intraventriculares*, la *infección*, *hemorragia pulmonar* y las *anomalías congénitas*.

En lo que a alimentación se refiere (aspecto fundamental del cuidado del prematuro), no cabe la menor duda de que la leche de mujer (a pesar de las orientaciones de ciertas escuelas americanas con las que discrepa el autor), es el alimento electivo.

Aunque la grasa elevada dé un mayor coeficiente de pérdidas. las cantidades globales retenidas son también mayores, habiendo demostrado Söderhjolm una mejor absorción con la leche de mujer.

Por otro lado, ésta puede tener un *factor biológico de crecimiento*, según afirmación de Gyorgy, y parece ser que la alimentación con leche de mujer disminuye las probabilidades de la temible fibroplasia retrolental.

Hay que llegar a suministrar el complemento protéico con hidrolizados bien tolerados y con caseinato cálcico, babeurre, etc. Añadir, además, el Ca., Ph., Fe. ácido ascórbico, vitaminas A y D, etc.

La sonda permanente de polietileno es un adelanto para el niño y personal.

Como la infección domina la patología del prematuro, la evolución del tratamiento en las enfermedades infecciosas es uno de los puntales que disminuyen extraordinariamente la mortalidad infantil en el mismo.

El secreto de la profilaxis aséptica es siempre una buena organización, ya que no hay que olvidar que una perfecta asepsia se cumple mejor en teoría que en la práctica.

El laboratorio no llega muchas veces en tiempo útil de las etapas iniciales, donde se decide el éxito por las características inaparentes de la infección, su gravedad suma y su evolución rápida.

La penicilina, con su inocuidad y poder antibiótico; la estreptomicina, colaborando con aquélla; la cloromicetina, con su amplio espectro e inocuidad (no se observaron discrasias sanguíneas); la terramicina, menos que la aureomicina, según el autor, en cuanto a su preferencia. El tratamiento no será *nunca* inferior *a los cinco o siete días;* la sustitución de los antibióticos será siempre muy precoz, de dos días como máximo.

En el tratamiento general se destaca por su importancia el extracto de corteza suprarrenal.

En cuanto a la *transfusión* en el prematuro, ella permite «detener el tiempo», mientras los procesos de maduración y recuperación o la terapéutica etiológica solucionan el fondo del problema.

El autor ha realizado en estos niños miles de transfusiones sin dificultades de técnicas ni de riesgo. Nunca se encontró la fibroplasia retrolental en cuya etiología ha sido señalada su influencia.

En la *crisis de nacimiento* la transfusión de plasma es un elemento importante en el schock y deshidratación y también en el edema (plasma concentrado). Como aporte o activación de la anhidrasa carbónica, sangre o plasma, se asegura un papel en la anoxia.

Posteriormente, en la primera y segunda semana, es muy valiosa como soporte del niño, sobre todo del muy inmaduro.

En el *síndrome hemorrágico*, con toda su complejidad, que desborda la hipoprotrombinemia, también es la transfusión la terapéutica precisa.

En el tratamiento de la diarrea también se hace precisa, con plasma, y en la anemia, con sangre completa.

En cuanto a la transfusión de la *reparación parenteral* se hace precisa en el prematuro, para restablecer el volumen sanguíneo, la restauración de los niveles eritrocíticos y hemoglobínicos, el aporte protéico en la corrección, en fin, de lo que el autor denomina «schock latente», y que se corrige con la transfusión diaria de 20-30 c. c./kgr., iniciadas con sangre y continuadas con plasma hasta completar, de cuatro a cinco días en función de la gráfica del peso, del hematocrito, de la vigilancia del edema, del control de la hipocalcemia, del electrocardiograma y de la evolución de la presión venosa.—A. MALLÓU.

KOFMAN, I., y WEINSTEIN, M.—«RESERPINA: ANABÓLICA Y ESTIMULANTE DEL APETITO, EN PEDIATRÍA.» «*La Semana Médica*», *t. 115, núm. 25, págs. 992-1.005, 17 de diciembre de 1959. Buenos Aires.*

DESCRIBEN la fisiopatología del hambre y el enfoque clínico-terapéutico de la inapetencia. Analizan como anabólicos y estimulantes del apetito los córticosteroides, somatotrofina, andrógenos, vitaminas B_1, B_{12} y E, factor T, lisina, jalea real y antibióticos.

En capítulo aparte estudian la reserpina, que actuaría: primero, sobre los centros del apetito en el hipotálamo; segundo, por su efecto tranquilizante; tercero, por retención hídrica, y cuarto, por disminución del metabolismo basal.

Citan después experiencias con reserpina sobre apetito y peso corporal, y a continuación las suyas con vitaminas B_{12} y B_1 adicionadas a la reserpina, en veinticinco niños, encontrando un aumento del apetito y peso, mejoría del estado general y mayor tranquilidad, sin depresión ni somnolencia en diecinueve de ellos.

Sugieren el empleo del preparado en niños inapetentes, delgados e inquietos, y en la inapetencia idiopática.—J. RIVERA.

TISIOLOGÍA

BLASI, A. (Roma). — «CONGRESO ISRAELITA DE TUBERCULOSIS.» (*Congresso israeliano di tisiología.*) «*Archiv. di Tis. e Mall. App. Respir*», *10, 277, 1959.*

SE celebraron en Jerusalén, del 21 al 23 de septiembre próximo pasado las *Jornadas Israelitas sobre Tuberculosis* con el tema «Epidemiología de la tuberculosis», con asistencia de los principales tisiólogos israelitas y representantes extranjeros de Italia, Francia, Japón, Estados Unidos, Holanda e India. Recordemos simplemente de lo leído como de mayor interés, los datos de que Israel dependió de Inglaterra hasta 1948, fecha en que se constituyó como Estado independiente con sus 655.000 hebreos y poco más de 300.000 árabes. Con las inmigraciones masivas que toleraron, de judíos de otros países, en los años siguientes hasta 1957, alcanza una población de 1.600.000 hebreos, por 150.000 árabes en números redondos, datos estos de gran interés.

La cifra mayor de inmigrados fue en 1949, con 240.000 habitantes. Hoy, pues, tiene Israel una población en un 83 por ciento netamente judía. Se crearon graves problemas de alojamiento para los inmigrados, de reconocerlos en fotoseriación y de hacer el registro tuberculínico, y de crear sanatorios que después de diez años de lucha han empezado ya a cerrar. Presenta datos epidemiológicos interesantes y referentes a los judíos y árabes que ya vivían allí y de los que inmigraron. Fueron fotoseriados más de 700.000 inmigrantes. Entre los que ya vivían en el país las cifras de tuberculosis activa era menor en los judíos (0'7) que en los árabes (1'3). De los inmigrantes en 1949, eran tuberculosos con formas activas el 8 por ciento, mientras que en 1951, el 3 por ciento. Se debe esto a la procedencia de los inmigrados, al principio de los países de Europa, donde vivieron en campos de concentración y de deportados, y al final de judíos de procedencia de países árabes, como el

Irán, Turquía y Yugoeslavia, en la parte árabe de dicha nación. En 1951, por ejemplo, de 170.000 inmigrados 116.000 procedían de países o de zonas donde predominaban los árabes. La mortalidad, que en 1951 era de 10 por mil, es de 5 en 1957. Fueron calmetizados 400.000 después de las pruebas tuberculínicas y de fotoseriación, con preferencia niños, escolares y reclutas, todos voluntariamente. Cuando Inglaterra terminó el mandato en Israel, en 1948, había 0'7 por mil de camas, más tarde, en 1952, por cada mil habitantes tenían 1'2, y actualmente 0'5, pues por innecesarios han cerrado algunos sanatorios ya. El número de formas activas de la actual población va disminuyendo, entre los sujetos entre 0 y 59 años, de 10 a 5, pero más allá de los 60 años se mantiene una cifra alta de 14 por diez mil habitantes en 1952 y 12'5 en 1957. Han procurado por el «Pardessia Institut» agrupar los enfermos en un pequeño pueblo, podíamos decir, con sus familiares, incluso, y empleados en faenas laborativas. Trataron diferentes temas en el congreso el profesor Monaldi, de Italia, y E. Bernard, de Francia. El representante del Japón cita datos de su país, que en 1900 tenía 200 fallecidos entre 100.000 fallecidos por todas las causas, y que permaneció invariable hasta 1950, con idénticos datos, para tener actualmente 46 por cada 100.000 personas fallecidas por todas las causas.—SAMITIER.

CONCINA, E.; ORLANDINI, O., y TESSO, G. A. (Torino).—«EL CUADRO BRONCOLÓGICO DE LA ASBESTOSIS.» *(Il cuadro broncologico dell'asbestosi.) «Minerva Medica», 51, 19, 797. 1960.*

DESPUÉS de realizar una revisión de las características etiopatogénicas y de los aspectos anatomopatológicos, clínicos, radiológicos y evolutivos de la neumoconiosis por amianto, presentan los autores los resultados del estudio broncoscópico y broncográfico en veintidós pacientes de asbestosis pulmonar.

Los datos broncoscópicos recogidos corresponden a tráqueobronquitis difusa, modificaciones del calibre tráqueobronquial de causa intrínseca, desviaciones y modificaciones de la morfología tráqueobronquial de causa extrínseca y lesiones concomitantes de otra naturaleza (tuberculosis, cáncer bronquial, etc.).

Tales lesiones no son de por sí específicas de la asbestosis. Es su frecuencia y su intensidad lo que hace pensar que se deban a la acción profundamente lesiva debida a la inhalación continua del polvo de amianto.

Tampoco las alteraciones broncográficas son específicas en la asbestosis. El hallazgo más frecuente es una dilatación y tortuosidad del árbol bronquial, indicio de una malacia parietal y de una atrofia de la mucosa.

Señalan también una cierta dificultad para la progresión de medio de contraste como consecuencia de un cierto grado de disminución de la motilidad parietal y, como dato curioso, un contraste entre las lesiones del árbol bronquial grueso y la aparente indemnidad de los bronquios periféricos.

Aunque las lesiones son en cierto modo parecidas a las de las silicosis, el cuadro es diferente, precisamente por esta distribución especial de las lesiones, que, aunque más intensas en la asbestosis, por lo que se refiere a la atrofia de la mucosa y a la malacia bronquial, se limitan a los bronquios gruesos, frente a la difusión general de la silicosis.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

BABOLINI, G.; BLASI, A., y MARCONI, P. (Nápoles). — «ASPECTOS ENDOSCÓPICOS DE LAS CAVERNAS TUBERCULOSAS DEL PULMÓN. DATOS PRELIMINARES.» *(Aspetti endoscopici delle caverne tubercolari del polmone. Rilievi preliminari.) «Archiv. di Tis. e Mal. App. Respir.», 10, 973, 1959.*

PRESENTAN veinte observaciones en que realizaron cavernoscopias mediante un sistema de iluminación y de óptica ideado por los autores. Lo interesante del trabajo es que indican que posteriormente estudiarán el procedimiento de oclusión de las vías de drenaje bronquial por vía endoscópica. Se trata de enfermos sometidos algunos a aspiración endocavitaria. — SAMITIER.

VIRGILIO, R., y ANZANO, O. — «SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LA PROTIDEMIA EN CAVIAS VACUNADOS CON BCG.» *(Sul comportamento della protidemia in cavie vaccinate con BCG.) «Archiv. di Tis. e Mal. Appr. Respir.», 14, 1.013, 1959.*

NO existe ninguna modificación de la protidemia en los cavias vacunados con BCG, y esto podría interpretarse en el sentido de que las modificaciones producidas inmunitarias no tienen alteraciones humorales revelables en la protidemia mediante un estudio electroforético. — SAMITIER.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960
SECCIÓN VARIA

LA COCINA ESPAÑOLA

(Aspecto folklórico-médico)

POR EL

DR. ANTONIO CASTILLO DE LUCAS

MADRID

CARACTERÍSTICAS

ESPAÑA, como todos los pueblos viejos y con historia, y además mediterráneos y artistas, tiene la mejor cocina, pues el comer, además de satisfacer una necesidad, sirve para recrear los sentidos, por eso cada plato es como una obra de arte; en cambio, los pueblos jóvenes e industriales no tienen cocina propiamente dicha, el comer es una función vital que se satisface con las calorías indispensables para vivir. Realmente, las tres cocinas verdaderas son las francesa, la italiana y la española [1].

La cocina francesa emplea, en la mayor parte de sus guisos, la mantequilla, son todos guisos complicados, y cuando por carestía o por la guerra no existe este elemento, desaparece también su cocina, que se hace insípida y deslavazada. No tanto les sucede a los italianos, cuya cocina es sencilla, a base de pastas y de quesos; pero donde hay más variedad y adaptación a las circunstancias, es en España, pues nuestras cocineras saben obtener de los productos más modestos y con los elementos más simples, un buen gusto a todas las comidas: dígalo si no el cocido madrileño, tan coloreado por el azafrán, y sabroso con humildes viandas, como el que comen los albañiles al pie de la obra, o el que hacen en tabernas de barrio, hasta los suculentos cocidos que, por encargo, se hacen en los grandes restaurantes, con fórmulas que, como la de la Infanta Isabel, hizo decir a un crítico:

Un cocido para estar en sus cabales,
cuesta de dos a tres mil reales.

Característica de nuestra cocina es el *aceite*, que introdujeron en España los romanos antes de Jesucristo; el *ajo*, aportado por los árabes, y las *especias* que, de las Indias y de América, trajeron nuestros conquistadores. Con estos elementos la cocina española se enriqueció considerablemente y compone deliciosos y suculentos platos de verduras, legumbres, carnes y pescados en toda clase de guisos, asados, fritos y cocidos, y en los que no falta un elemento esencial culinario, que es la salsa.

La tragedia de la cocina española para el doctor Marañón es *la salsa*, porque es tan suculenta y agradable que en vez de ser un complemento de los manjares es, en muchos casos, el manjar mismo [3], por eso dice el refrán de algunas que «más vale la salsa que los caracoles».

Al abuso de la salsería se debe el embotamiento después de las comidas y la obesidad por la riqueza que contiene en grasas, en sustancias extractivas y feculentos por la harina que la espesa, y, por si fuera poco, el pan que se moja hasta secarla, y para que pase bien y se digiera, se la rocía con abundantes tragos de vino.

Los platos regionales

Están adaptados a las condiciones naturales y económicas del país, son todas recetas de tradición transmitidas de padres a hijos, ya se han publicado y recogido directamente en los pueblos, muchas para que no se pierdan y se alteren las fórmulas primitivas [4].

Hoy, con los fáciles medios de comunicación, los platos regionales se preparan en otras localidades, con la misma perfección y calidad que en la tierra nativa [5]. En Madrid, por ejemplo, hay tan buenos o mejores pescados que en los puertos de mar, en cambio antiguamente estos productos salían difícilmente de la localidad.

Los platos regionales españoles son, en su mayor°a, muy completos, pues contienen los tres elementos principales de la alimentación, es decir, féculas, en sus verduras y legumbres; grasas vegetales, como el aceite, y animales, como el tocino de cerdo y la manteca de este animal y la de vaca; carnes y pescados, con su riqueza de proteínas. Cualquier plato regional que se examine contiene estos tres principios inmediatos en mayor o menor cantidad. La olla castellana, llamada también de tres vuelcos, porque con ella se preparan tres platos, o la sopa, con sus materias extractivas de la carne más los feculentos de los fideos, pan, arroz, etc. El segundo vuelco está constituído por las legumbres y verduras que esencialmente son hidrocarbonados, y, por último, la carne, tocino, chorizo, es decir, las grasas y las proteínas [6].

Los platos regionales están adaptados a las condiciones naturales del país, la producción agrícola y ganadera, la situación económica y la meteorología, por eso en las regiones cálidas, como Andalucía, los alimentos son más flojos y tienen menos calorías, en cambio, en el norte requieren que tengan más valor calorígeno y nutritivo porque el frío, la fuerza y desgaste de los trabajos así lo exijen.

Cocina andaluza

La fama de poco nutritiva es relativamente justa, pues no requieren sus habitantes demasiados alimentos termógenos. El *gazpacho andaluz* es el tipo de alimento adaptado a las condiciones climáticas, pero, a cambio, posee una gran riqueza de vitaminas en los elementos frescos que contiene: pimiento, pepino, tomate, ajo, aceite, sal y agua en cantidad suficiente; de esta deliciosa mezcla resulta un plano apetitoso, digestivo y diurético.

El aceite y el pescado constituyen la base de muchos platos andaluces. El *pescado frito* tiene un delicioso sabor por el «punto» que saben darle las cocineras y por el enriquecimiento del rebozo de harina y huevo; *espuma de mar frita*, llamaba Zuloaga a los riquísimos chanquetes de Málaga, los boquerones malagueños, constituyen un delicioso manjar, y lo mismo los fritos variados de pescado en

cualquier lugar de Cádiz y de Sevilla; sin el aceite también saben dar al pescado excelente guiso en Andalucía, valgan de ejemplo las sopas de rape y a la marinera, y la sencilla tarea de asar a la brasa, en la playa, las sardinas, constituyendo los típicos *espetones*.

También hay platos nutritivos, que pueden competir con los norteños: el menudo de ternera, la piparrana jaenera, las habas y el jamón, en Granada; la tortilla al Sacromonte, las manos de cerdo al horno al estilo de Córdoba, etc.

Cocina levantina

Predominan en ella el arroz y los pescados. La *paella valenciana* tiene tantas variedades como elementos se asocien al arroz: carnes, pescados, mariscos, legumbres, etc., son todos platos nutritivos y sabrosos, de gran valor alimenticio por la conjugación de féculas, grasas y proteínas [7].

Cocina catalana

Es cocina rica, sustanciosa, acreditada y siempre perfeccionándose, por ser pueblo comunicativo y expansivo en su cultura. En Barcelona se imprimió uno de los primeros libros de cocina del mundo [8]. La riqueza de los víveres que en ella se producen es extraordinaria por su variedad y calidad. Hay abundantes ganados en las montañas, copiosas y variadas frutas y legumbres en las extensas comarcas de sus valles. El mar también proporciona pescados riquísimos, con todo su sabor salobre de las aguas mediterráneas. En todas las playas de la Costa Brava pueden gustarse ricas zarzuelas de pescado, con los más variados aderezos.

El simple *cocido catalán* tiene su característica en la «pilota» con huevo y carne picada. Lo mismo ocurre con la tortilla de monchetas y otros platos, no por humildes menos sabrosos. De más categoría alimenticia son el estofado de buey a la catalana, las judían con pato, el pavo relleno, los callos de cerdo con judías, así como embutidos, suculentos, cual la butifarra catalana y el salchichón de Vich, cuya fama ha traspasado las fronteras.

La cocina vasconavarra

Es tan sustanciosa como sabrosa; es un país de clima frío y con abundante producción agrícola y ganadera, y además de un nivel económico elevado. Cualquier plato de los que preparan en esta región proclama las excelencias de esta cocina: desde las habas al estilo de Vitoria, a los revueltos de «perrochicos» (especie de setas redondeadas) [9], pasando por el besugo a la donostiarra, angulas de Aguinaga, bacalao al pilpil, albóndigas, merluza, menestra, bacalao a la vizcaína, etc.

La cocina gallega y asturiana

Tiene como característica la de que a los elementos más sencillos, como son los vegetales y legumbres, les añade los sabrosos productos del cerdo, resultando esos platos suculentos, como son el *lacón con grelos*, el *pote gallego* y la *fabada asturiana*.

La marisquería tiene en esta cocina muy justificada fama.

En ambas castillas

La cocina es sobria, los guisos no son complejos, siempre es nutritiva por excelencia, dados los buenos productos alimenticios que produce. Famosos son los asados, con buena leña resinosa, que han dado fama a los cochinillos, en Segovia; al cordero, en tierras burgalesas, y al cabrito, en las sierras alcarreñas. Un guiso que es tránsito de país cálido a otro más frío es el gazpacho manchego, en el que a los elementos clásicos de pepino, tomate, etc., añaden cordero, pollo y conejo.

Platos típicos son la *olla podrida*, en Burgos, el *pisto riojano*, así como la *pepitoria de gallina*, el *bacalao ajo-arriero*, el *pollo campurriano*, *callos a la madrileña*, las *perdices* y guisados toledanos, etc.

La cocina extremeña

Tiene como materia prima, en la mayoría de sus platos, *el cerdo*, sin que por ello quiera decir que no tengan fama otros, como las perdices y faisanes al estilo de Alcántara, la caldereta de cordero o el frito de cabrito, mas, repetimos, son los derivados del cerdo los más populares, tales como las migas extremeñas llamadas también de torreznos, los huevos fritos con chorizos, el chorizo emborrajado, el jamón de Montanches, el lomo adobado y el cocido extremeño.

En Aragón

La cocina es sencilla y los platos muy fuertes, como requiere el clima extremoso. En todos ellos siempre se encuentran los tres elementos nutritivos, sirva de ejemplo el «*pollo a la chilindrón*», asociado al jamón y pimiento, la cebolla, el ajo, todo ello bien rehogado en aceite frito, donde cuidadosamente se quemó un gran diente de ajo. Las *judías con oreja de cerdo*, la *pepitoria* y el *cordero a lo pastor*, así como las perdices al rescoldo, pregonan con justicia esta cocina.

La cocina en el antiguo reino de León

Es muy parecida a la de Castilla en su centro, a la galaica por el norte y a la extremeña por el sur. Platos típicos son las *sopas de boda zamorana*, el *farinato de Ciudad Rodrigo*, los *callos a la leonesa*, etc.

Dulcería española

Al recristianizarse las costumbres, después de la expulsión de los moros de España, la dulcería árabe, que era de por sí excelente, se incorporó a la cocina de los conventos y hogares y se perfeccionó, bautizando también a los nuevos productos, en tal forma que su fama traspasa las fronteras, ejemplos son las yemas de San Leandro, en Sevilla; los roscos de San Marcos, en Málaga, o los de San Roque, en Aragón, sin despreciar las alcarreñas de Santa Agueda, etc., pues la lista es interminable.

Al placer del paladar y a su valor nutritivo y digerible, pues los dulces y postres de cocina española no son, en general, ni irritantes ni indigestos, ya que se emplean materias primas de excelente calidad —huevos, harina, leche mantequilla, azúcar—, y si se confitan frutas son las mejores y maduras, además, salvo la canela y vainilla, no se emplean especias, como en otros países; añaden el simbolismo tradicional religioso.

No hay fiesta de Iglesia, ni Santo popular que no tenga su dulce típico: unos, como los panecillos de San Antón o las rosquillas o gargantillas de San Blas, porque bendecidas y tomadas con fe evitan las enfermedades y curan la garganta; otros, cual los hornazos y monas de Pascuas, porque los huevos —es tradición pagana— simbolizan la vida, y esta felicidad de nueva generación y fecundidad se expresa así en la Pascua de Resurrección.

Resumen

La cocina española es nutritiva, gustosa, variada y digestiva... esto si no se abusa de ella, especialmente, por las salsas, de sabor profundo y olor violento [10], que las hace tan apetecibles...

BIBLIOGRAFÍA

1. Marañón.—«Ensayo apologético de la cocina española». Capítulo del libro «El alma de España». Madrid, 1951.
2. García del Real.—«Cocina española». Madrid, 1929.
3. Marañón.— Prólogo al libro anterior.
4. Prof. Thebussem.—«Guía del buen comer español». Madrid, 1929.
5. «Guía de restaurantes». Sindicato Nacional de Hostelería. Madrid, sin fecha.
6. Castillo de Lucas.—«La olla». Capítulo de «Refranerillo de la alimentación». Madrid, 1939.
7. «Cocina regional». Sección Femenina de F. E. T. Madrid, 1953.
8. Roberto de Nola.—«Libro de guisados». Edición de Clásicos Olvidados. Madrid, 1929.
9. Iribarren, José María.—«Vocabulario navarro». Pamplona, 1952.
10. Marañón, Gregorio.—Cita 3.

Dirección: Marqués de Cubas, n.º 9. Madrid.



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960
SECCIÓN VARIA

LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO ACTUAL *

POR EL

DR. EDUARDO ARIAS VALLEJO

MADRID

VIENEN ustedes a esta casa para comenzar un curso de especialización sobre las enfermedades digestivas. Traen ustedes, todos, sin duda alguna, un sólido acervo profesional, fraguado a través de los años de su permanencia en nuestras Facultades de Medicina y enriquecido después en su formación postgradual en diversas clínicas y servicios. Llegan ustedes a nosotros, unos, con el propósito de aumentar sus conocimientos clínicos en una determinada rama de la Medicina; otros, con el afán de iniciar su especialización; otros, en fin, con la ilusión de aprender determinadas técnicas diagnósticas o terapéuticas. Son ustedes jóvenes, y el noble deseo de profundizar sus conocimientos en el campo de nuestra especialidad es un poderoso motivo para que nosotros les acojamos con respeto y afecto. Pero antes de comenzar nuestras lecciones clínicas, como introducción a ellas, puesto que constituye una norma imperativa de nuestro programa y nuestra conducta, queremos decir a ustedes algunas palabras sobre nuestro concepto, como especialistas, acerca de *la especialización* en la Medicina de nuestros días.

Es cierto que la especialización, en Medicina y en cualquier rama de la ciencia de nuestra época, lleva en sí una enorme fuerza expansiva del progreso, en buena parte responsable del desarrollo científico espectacular del cual somos testigos. Pero esta especialización contiene también en sí el germen de una regresión en el orden profesional y espiritual. Especialización quiere decir fragmentación, visión parcial, limitación de nuestro horizonte. Lo que se gana en profundidad, se pierde en extensión. Para dominar un campo del conocimiento es preciso abandonar el resto. El hombre se confina así en un punto y sacrifica la visión integral de su ciencia y la visión universal de su mundo. Su cultura profesional y general sufre con ello; su formación científica se deforma, puesto que pronto, el especialista, a fuerza de canalizar su atención en un pequeño campo determinado, deja de ver su profesión como un todo y queda sólo con un pedazo de ella entre las manos. Este drama del hombre de ciencia de nuestros días trae consigo un riesgo inminente, perfilado con claridad en nuestra profesión: la *deshumanización de la Medicina.*

(*) Conferencia inaugural del curso para médicos sobre «Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo», desarrollado en el Ambulatorio Hermanos Aznar, del Instituto Nacional de Previsión, en Madrid.

Yo sé bien que, como decía Goethe, «el futuro de una nación está condicionado por el pensamiento de los hombres que en ella tienen menos de treinta años». Creo un deber, por ello, dirigirme a ustedes, miembros de la más joven generación médica, para tratar de hacerles ver las ventajas y los peligros de la especialización. Cuando yo terminé mi carrera, uno de mis maestros, el profesor GARCÍA TAPIA, nos aconsejaba: «Defiéndanse ustedes de la especialización prematura y del matrimonio prematuro; sean ustedes durante unos cuantos años médicos generales y permanezcan solteros; una y otra cosa les ayudará a enriquecer sus conocimientos en la medida y con el sosiego necesarios.» Yo no les diré a ustedes tanto, pero sí quisiera aconsejarles sobre los riesgos de la atropellada o malentendida especialización.

Ya sé que una larga exposición de ideas generales no es del gusto de nuestra época y que los médicos de hoy prefieren las aportaciones concretas, los hechos nuevos, las técnicas audaces o las fórmulas matemáticas, que llevan pronto a la resolución de los problemas. Tal actitud —yo la comprendo— está llena de belleza. Conquistar una nueva verdad es algo así como descubrir una estrella. Por otra parte, esta conducta del hombre de ciencia de nuestra época proporciona una notable sensación de potencia, la cual puede llevar a la embriaguez del triunfo, siendo todo ello muy grato al espíritu de la juventud. Pero las conquistas conseguidas así son casi siempre efímeras y de ellas no quedará rastro alguno en el transcurso de los años.

Vivimos hoy en un momento fascinante de la evolución de la Medicina. Los progresos conseguidos en la primera mitad de nuestro siglo tienen tanto valor como todos los que se acumularon en los diecinueve siglos pasados. Naturalmente que esta evolución prodigiosa no habría podido ser realizada sin la obra de los médicos que nos precedieron. La Medicina actual estaba ya en germen en la Medicina de los siglos XIV al XIX, en la ciencia galénica e hipocrática, pero el milagro del grano no disminuye en nada la majestad del árbol.

En el curso de los últimos treinta años *la Medicina ha dejado de ser puramente clínica,* la confrontación anatómica ya no es suficiente. Hemos llegado a necesitar minuciosos estudios de la *función orgánica* para poder diagnosticar un proceso morboso. Para tal fin han entrado en la Medicina, primero con timidez, después tumultuosamente, la Física, la Química, la Biología y las Matemáticas, y, con ellas, las técnicas complejas, los instrumentos de precisión y el rigor del cálculo. Las llamadas «ciencias básicas» han cambiado el aspecto tradicional de la Medicina, sustituyendo el empirismo del conocimiento clínico por la experimentación de laboratorio. Y no vayamos a caer en el infantilismo de decir que ésta es una Medicina científica y la de nuestros antepasados no lo era. No se puede pedir mayor rigor científico a las observaciones de LAENNEC, ni a las experiencias de CLAUDIO BERNARD, ni a los descubrimientos de PASTEUR, de CAJAL, de VIRCHOW, ni a las experiencias de RÖNTGEN. La diferencia estriba en que hoy sometemos todas nuestras observaciones clínicas a distintos métodos experimentales —tales son las modernas exploraciones funcionales, radiológicas o de laboratorio— y que estos métodos descansan siempre sobre las ya citadas ciencias básicas.

Nadie podrá negar que la cosecha ha sido extraordinaria. En lo que a la patología digestiva respecta, debemos recordar que hace apenas cuarenta años estábamos todavía en la iniciación de su era radiológica y que merced a ella comenzábamos a conocer la nosología gástrica e intestinal, dándoles un apellido a los viejos síndromes dispépticos. Vivimos entonces la rápida fase de las definiciones radiológicas, y la descripción de los nichos, los divertículos, las rigideces segmen-

tarias, las modificaciones inflamatorias y el relieve de las tumoraciones ocupó muchas páginas de las revistas y monografías. Vivimos hoy la época del estudio radiológico de las vías biliares y de los vasos abdominales de la circulación esplenoportal. Hemos hecho posible el estudio cinematográfico de las vísceras digestivas.

En lo que se refiere a la endoscopia, con su poderosa ayuda de la fotografía en colores, hemos conseguido la visualización de una gran parte del tubo digestivo y de toda la cavidad peritoneal.

En lo que a la ayuda del laboratorio se refiere, tenemos hoy a nuestra disposición una extensa serie de pruebas funcionales que nos dan cuenta fidedigna del estado reaccional de diversos órganos y sistemas. La citología nos proporciona, en fin, la máxima seguridad en muchas ocasiones diagnósticas.

Y no hablemos del poderoso avance de la terapéutica en nuestros enfermos, con su cortejo de antibióticos, hormonas, agentes citostáticos, sueros, vacunas, transfusiones, etc.

Aparece en todos estos progresos el lado técnico de nuestra especialidad, el cual, empiezo por decir, es absolutamente indispensable. Es evidente que el médico que sabe practicar correctamente una radioscopia y una rectoscopia y conoce la oportunidad de un cierto número de análisis y pruebas de laboratorio, indicados en cada posibilidad diagnóstica, está en muchas mejores condiciones de ayudar eficazmente al enfermo que acude a su consulta. Pero este médico especializado, que encuentra cuando existe un divertículo esofágico o un pólipo rectal, que sabe interpretar un proteinograma o una esplenoportografía, puede ignorar las frecuentes asociaciones nosológicas de la patología de las vísceras digestivas con el resto del organismo y no saber profundizar en los mecanismos neurológicos de las enfermedades que estudia ni conocer las raíces espirituales de algunas de ellas.

Si, dentro de la especialidad, el médico se especializa aún más y se convierte en un técnico preciso, que realiza durante toda su jornada endoscopias y radioscopias, o unas técnicas de laboratorio determinadas, que le exigen gran esfuerzo y atención y le absorben el tiempo y la inteligencia, el *riesgo de su deformación profesional* será aún mayor.

Los mismos progresos de la moderna Medicina, que comportan la necesidad de la especialización en los profesionales que la practican, sientan la necesidad de abarcar todos sus aspectos, de conocer en cierta medida todas sus realizaciones, para estar en condiciones de entender la patología de nuestra época. La patología visceral que estudiamos hasta hace pocos años comienza a ser explicada ahora como patología tisular, en muchos casos como patología de las células. Las enfermedades no son ya entidades específicas, sino complejas reacciones sistemáticas. En el fondo de ciertas cirrosis hepáticas, tras la reacción del tejido conjuntivo, aparece la producción de autoanticuerpos. En la génesis de muchas enfermedades es preciso estudiar las modificaciones enzimáticas u hormonales. Tras una evidente lesión orgánica aparecen trastornos metabólicos o la alteración de las propiedades físicas de una célula o de una membrana, que modifican sus cargas eléctricas o su recambio de iones. Cuando se llega al nivel de los virus o del átomo se confunden la materia y la energía y se duda hasta no saber si estamos ante una sustancia química o un ser vivo. Nuestra satisfacción al contemplar los progresos actuales de la Medicina está siendo entibiada por un poco de angustia al sospechar lo que puede ser la Medicina de mañana, atomizada y deshumanizada hasta pesar sobre nosotros como la noche de la Edad Media sobre los alquimistas.

Es bien cierto que la investigación ha sido siempre la clave de los grandes problemas científicos. Es verdad que la fórmula de la relatividad de Einstein ha hecho posible el estudio de las radiaciones atómicas y ha dado las bases para el empleo diagnóstico y terapéutico de los isótopos radioactivos. Es asimismo cierto que los descubrimientos de FLEMING hicieron posible la fabricación de antibióticos y, con ella, la solución terapéutica de gran número de enfermedades infecciosas. Es verdad que la teoría de los quanta, de Plank, contiene los hechos que explicarán un día los procesos de oxidación en la vida celular y la transformación de la energía química en energía eléctrica, como base de la actividad del sistema nervioso, o en energía mecánica, como base de la actividad de los músculos. Pero los médicos no debemos, no podemos, olvidar la investigación aplicada a la clínica, por modesta que sea esta tarea. Como dice el profesor JIMÉNEZ DÍAZ, *la Medicina es un arte en el que hay que observar con atención y serena objetividad la realidad que nos presenta el enfermo, con todo su cortejo de fenómenos y problemas*. Cada observación es la base de nuestra experiencia, pero a veces no nos basta con ésta y necesitamos del experimento, el cual no es sino una observación más realizada en condiciones predeterminadas. Cuando cambiamos la bata del laboratorio por la bata de la clínica —experimento y experiencia—, nada esencial cambia en nosotros, siendo nuestra actitud la misma, esto es, el deseo de hallar la verdad y, con ella, la posibilidad de ser útiles al enfermo que nos ha confiado sus problemas, que necesita de nosotros para su curación. Sabemos muchas cosas que no las hemos aprendido en los libros y, sin duda alguna, en nuestra actuación terapéutica hay algo que no depende de los medicamentos recetados. La cultura de los siglos pasados influye notablemente en nosotros, y aunque seamos fieles a nuestro momento histórico, nuestro espíritu no podrá desligarse, al actuar, del acervo cultural de las pasadas generaciones. *En nuestra Medicina, queramos o no, habrá siempre una mezcla de ciencia, arte, oficio, filosofía y magia, mezcla que ha sido siempre la clave de nuestro éxito* y que el rumbo de la especialización de nuestra época puede echar a perder.

Es preciso reaccionar contra la tendencia equivocada de las jóvenes generaciones a considerar la investigación de laboratorio como la única investigación científica, despreciando como un valor secundario a la observación clínica de los enfermos y las enfermedades. Es éste uno de los más peligrosos fetichismos que crea el falso hombre de ciencia, olvidando que *el aspecto científico de un trabajo no depende del instrumento que se emplea, sino del método con que se realiza y, sobre todo, de la idea creadora de éste*. Hay muchas investigaciones falsas, concebidas con una pobre base original, que consumen el tiempo y el esfuerzo de un técnico y no conducen nunca a nada. Investigaciones que justifican la frase cáustica de CHESTERTON, refiriéndose a un investigador que le hacía pensar en un ciego que buscaba en una habitación oscura un sombrero negro, el cual no estaba allí.

Lo difícil no es ejecutar una técnica, sino saber plantearse los problemas que hay detrás de ella y juzgarlos siempre con un espíritu científico. La Medicina rusa de la época actual tiene todavía sus raíces en la fisiología de PAVLOV. Una gran parte de la Medicina europea contemporánea, especialmente la neurología, conserva aún muy firmes rasgos de la obra de este gran fisiólogo. Su libro fundamental, «*Los reflejos condicionados*», está traducido al castellano hace poco más de treinta años. En sus páginas, prologadas magníficamente por el profesor MARAÑÓN, está contenido el prototipo ideal del trabajo de un investigador médico. Cada resultado experimental sobre la función de los grandes hemisferios cerebrales es minuciosamente discutido, suscitando toda una serie de problemas, planteados y es-

tudiados por el autor con un claro sentido naturalista y biológico. El técnico especializado de nuestra época, a fuerza de profundizar en sus investigaciones, llega a un conocimiento tan completo del pequeño campo de su especialidad que cae bien pronto en el dogmatismo de su propia técnica, convirtiéndose en un ser engreído y susceptible, que no admite el contacto con la verdad de los demás, ni siquiera con el ajeno error, que tanto nos enseña, puesto que nos advierte la posibilidad de equivocarnos nosotros mismos.

La Medicina actual comporta, en efecto, la necesidad de que los médicos se especialicen, de que los médicos se tecnifiquen, pero esta especialización y esta tecnificación deben ser hechas *sin perder el contacto con la biología*, y deberemos ser así especialistas o técnicos de esta o la otra materia, pero siempre, y por encima de todo, *médicos integrales, con un profundo y renovado conocimiento de la Medicina general*. Y todavía necesitamos para ser buenos médicos, útiles en el ejercicio de nuestra profesión, *ejercer ésta con un noble sentido humanista*.

El humanismo no es nunca un contenido cultural, sino un gesto y una conducta. Para Menéndez Pelayo, toda la obra de Cervantes tenía un hondo sentido humanístico, que se transparentaba en cada página por su serenidad, por la resignación aristocrática de su alma, por su claro sentido común, por su cristiana comprensión para los defectos y errores del prójimo. Podemos ser humanistas sin necesidad de conocer todos los textos de la antigüedad griega y latina, si sabemos ser comprensivos, generosos y tolerantes. Humanista era Santa Teresa, y contestaba valientemente cuando le preguntaban si conocía la civilización asiria: «¿Qué necesidad tengo yo de conocer a los asirios?»

Un hombre de ciencia que sólo es un hombre de ciencia, como un profesional que solamente conoce su profesión, podrá ser infinitamente útil en su disciplina, pero se convertirá pronto en un monstruo de soberbia. Creerá que su obra es el centro del universo y perderá el contacto generoso con la verdad ajena. El pensamiento humano que se localiza en una actividad única, acaba, por noble que sea tal actividad, abrasándose en vanidad y petulancia. Y ha menester, para que no ocurra así, de un cauce fresco y permanente de preocupaciones universales. Al fondo de la ciencia verdadera solamente se llega con el espíritu templado de humanismo.

Frente a esta conducta humanística del médico, coloca como antítesis el profesor MARAÑÓN el enciclopedismo. Es éste una plaga de los siglos XVIII y XIX, en los que nacieron las enciclopedias, en las que podían satisfacer su curiosidad los candidatos a eruditos, estudiándolo todo, absolutamente todo, con una seguridad dogmática que hoy nos hace reír por su inocencia. Mide el enciclopedista su saber por el número de cosas que conoce. Al humanista, en cambio, *no le importa saber demasiado, sino conocer bien las cosas esenciales, que son muy pocas, para poder comprender lo que no puede saberse, que es mucho*. Aspira el enciclopedista a producir la admiración de los que le rodean. Es muy severo el humanista consigo mismo y no desea que le admiren, sino que aprendan lo poco que él sabe. El enciclopedista es catedrático, el humanista es siempre maestro.

Lo más importante para el médico no es saber, sino comprender. Comprender al hombre, comprender al mundo, darse cuenta de su posición en la vida, de sus posibilidades para ayudar al prójimo con sus conocimientos y su experiencia. El humanismo dotará al médico de las mejores cualidades para desempeñar su profesión, capacitándole para contrarrestar aquellos males que se derivan de la especialización: el hombre de ciencia que se aísla de sus colegas, la especialidad que se separa de otras especialidades, la Medicina que se aleja de las restantes ciencias, la ciencia que se divorcia de la cultura.

El humanismo es, en fin, un sentido universal que nos lleva paradójicamente a la humildad, porque sólo cuando se posee se saben dos cosas fundamentales: que cada fruto de la investigación es sólo un grano de arena en el templo infinito y eternamente inacabado del saber, y que el hallazgo trascendente, el que ocurre una vez cada siglo, es hijo del genio y de una madre desconocida: la casualidad.

Señores cursillistas: Vengan ustedes en buena hora a cursar sus estudios de especialización, pero no dejen nunca de ser médicos generales, médicos integrales. Aprendan ustedes con ilusión las técnicas que les permitan estudiar y curar a los enfermos, aprovechando las inmensas posibilidades que la Medicina de nuestra época nos ofrece, pero sean ustedes siempre comprensivos, generosos y humildes, con la humildad que da al hombre de ciencia el saber en cada momento lo mucho que ignora. Sir Isaac Newton, el gran astrónomo y matemático inglés del siglo XVII, autor de la teoría de la gravitación universal, decía pocas horas antes de morir: «Yo no sé cómo me juzgarán las generaciones venideras; yo me veo como un niño que pasó su vida sobre una playa, buscando caracolas y estrellas de mar, mientras tenía ante mí el inmenso océano de la verdad, sin poderlo comprender.»

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS VALLEJO.—«Reflexiones sobre el diagnóstico de las enfermedades digestivas.» *Rev. Esp. Enf. Apar. Dig.*, XVIII, 6, 1959.
CATTAN.—«Allocution presidentiel.» *Arch. Mal. App. Dig.*, 49, 246, 1960.
CHÁVEZ.—«Grandeur et misère de la spécialisation médicale.» *Montpellier Médical*, 56, 91, 1959.
GARRISON.—«Historia de la Medicina.» Calpe. Madrid, 1921.
HOUSSAY.—«La investigación científica.» *Acta Científica Venezolana*, 9, 101. 1958.
JIMÉNEZ DÍAZ.—«La Medicina como ciencia.» *Rev. Clín. Esp.*, 64, 75, 1957.
MARAÑÓN.—«Vocación y Etica.» Espasa-Calpe. Buenos Aires, 1946.
MARAÑÓN.—«La Medicina y nuestro tiempo.» Espasa-Calpe. Madrid, 1954.
PAVLOV.—«Los reflejos condicionados.» Morata. Madrid, 1929.
SANTA TERESA.—«El libro de mi vida». C. I. A. P., Madrid, 1931.

Dirección: Marqués de Urquijo, 19. Madrid (8-17)

(De «Rev. Esp. Enf. A. Dig. y Nutr.», XIX, núm. 6., 769-777, junio-julio 1960, Madrid.)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 415 - TOMO LXX
OCTUBRE 1960
SECCIÓN VARIA

AMIGOS DEL NIÑO

EL DOCTOR TOLOSA LATOUR

AUTOR DE LA LEY DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

POR EL

DR. LORENZO LOSTE ECHETO

MÉDICO DE LOS SERVICIOS DE PUERICULTURA DEL ESTADO

HUESCA

Los que durante muchos años hemos prestado a la Obra de Protección de Menores nuestra colaboración más o menos valiosa, pero decidida y constante, recordamos siempre con cariño y veneración a este esclarecido médico de niños, figura relevante de aquel selecto grupo de médicos, juristas, pedagogos y sociólogos —Pulido, Martínez Vargas, Mariscal, Fernández Caro, Lastres, Cortezo, Fernández Cuesta, Sangró, Julia Peguero, Montero Villegas—, que a principios de siglo acometió la urgente y ardua tarea de organizar, sobre bases racionales y sólidas, la protección a la infancia.

Nuestra elevada mortalidad infantil, que era entonces de las mayores de Europa, y nuestra cifra de analfabetos, que alcanzaba a más de la mitad de la población española, pregonaban a las claras el escaso interés que despertaban aquí los problemas del niño. «En España —decía el doctor Martín Salazar— no se quiere suficientemente a los niños, mirados colectivamente. Hay el sentimiento individual de los padres que se interesan por los hijos, nacido del propio instinto de reproducción y conservación de la especie; pero falta aquel sentido colectivo y abstracto de amor al niño, que yo considero como una concepción superior, metafísica, del espíritu ciudadano que siente la necesidad de perpetuar la raza, como fundamento de la continuación de la vida y de la historia del pueblo en que hemos nacido.»

Don *Manuel de Tolosa Latour* consagró todos sus afanes y desvelos a los niños, a los que dedicó su ciencia de médico, su alma de artista y las ternuras de su *corazón materno*, de ese corazón materno que un sabio francés consideraba preciso a cuantos cultivasen la medicina infantil.

Casó con una mujer ilustre, inteligente y buena: con doña Elisa Mendoza Tenorio, que fue su colaboradora, su digna compañera en los días de triunfo y en las horas amargas, la que le ayudó en sus nobles empresas, le consoló en sus contrariedades y sinsabores y le animó en los inevitables desmayos, en los momentos de desaliento y desilusión ante las ruindades de la vida.

No gustó las mieles de la paternidad. Y quizá la falta de hijos propios avivó y acendró su amor a los ajenos, a los niños colectivamente considerados, e hizo de él un paidófilo, un ardoroso amigo y defensor de la niñez. La protección a la infancia fue el ideal de toda su vida. Más de una vez le hicieron llorar los sufrimientos de los niños. No fue, sin embargo, hombre dado a las lamentaciones estériles, sino al trabajo bienhechor y fecundo. Conoció el desamparo de la infancia y trabajó afanosamente por remediarlo. Su alma de soñador y poeta hizo de él un gran sembrador de fecundas iniciativas en pro de los niños.



DR. TOLOSA LATOUR

Su vida es una labor incesante en favor de la niñez. Por los niños escribió cientos de artículos, publicó libros, dio conferencias, presentó comunicaciones en los congresos científicos. No perdonó ocasión ni medio de trabajo en pro de la infancia.

Esta labor generosa y perseverante, a la que consagró su claro talento, su vasta cultura, su fuego de apóstol y su noble desinterés, dio como frutos culminantes la promulgación de la *Ley de Protección a la Infancia*, la implantación de los *sanatorios marítimos* en España y la organización de los *Tribunales tutelares* para niños.

* * *

No es posible seguir paso a paso en un trabajo como éste la vida y la obra de Tolosa Latour. Pero cabe dar de ellas una breve noticia.

Nació don Manuel de Tolosa Latour en Madrid, el 8 de agosto de 1857. En 1878 presentó su tesis doctoral, cuyo tema era: «Bases científicas sobre que descansa la educación física, intelectual y sentimental de los niños». Las ideas expuestas en aquella obra le sirvieron para componer su libro «*El niño*», publicado un año después, en el cual están sintetizados los ideales que su autor había de propagar durante cuarenta años.

Vicisitudes de la vida le obligaron bien pronto a ser *padre de huérfanos*, a poner en práctica sus ideas, amparando y educando a sus hermanos pequeños.

Fue médico del Hospital del Niño Jesús y, después, del Asilo de Huérfanos. Fundó una revista de pediatría titulada «*El hospital de niños*», y otra de higiene y educación titulada «*La madre y el niño*». Publicó, entre otros libros, un tratadito de «*Medicina e higiene de los niños*» y una obra a la que puso el título de «*Niñerías*», y tradujo del francés varios libros, entre ellos uno de Brochard, titulado «*Del uso de los baños de mar en los niños*».

La Sociedad Española de Higiene, en cuyas tareas tomó siempre parte muy activa, le contó entre sus fundadores. De las brillantísimas campañas que realizó en pro de los niños dan fe las anuales memorias de la Sociedad.

En 1900 presentó unas «*Bases para una Ley de Protección a la Infancia*», que fueron discutidas por la Sociedad y dieron origen a un proyecto de ley, aceptado por el Gobierno y aprobado por las Cortes con ligeras modificaciones. Y el 12 de agosto de 1904 fue promulgada nuestra *Ley de Protección a la Infancia*, que en justicia debiera llamarse «*Ley Tolosa Latour*».

Creado por ella el Consejo Superior de Protección a la Infancia, el doctor Tolosa Latour fue su primer Secretario general. En este cargo, que desempeñó hasta su muerte, realizó una ímproba labor, no bien conocida ni estimada, que acreditan los tomos de la revista «*Pro Infancia*», órgano del Consejo.

La Ley no fue tan bien acogida como merecía, y proporcionó grandes sinsabores a su autor, cuyos entusiasmos se estrellaban muchas veces contra la inhibición y la indiferencia de las autoridades y del público.

Los vaivenes de la política hicieron que el Reglamento de la Ley no apareciera hasta 1908; y el de Puericultura, hasta 1910. Tuvo, sin embargo, gran resonancia por el número y la calidad de los trabajos que se presentaron, la *Asamblea Nacional de Protección a la Infancia*, organizada por Tolosa en 1914.

El insigne médico de niños dedicó gran atención a la higiene escolar y trabajó mucho por que se estableciera la inspección médico-escolar en España. También estudió con interés los problemas de la infancia delincuente y colaboró activamente con don Gabriel Ibarra y don Avelino Montero Villegas en la organización de los Tribunales tutelares para niños, establecidos en España en 1918.

* * *

Una empresa que Tolosa Latour acometió con gran entusiasmo y a la que dedicó perseverantes esfuerzos y enormes sacrificios, fue la de proporcionar a los niños españoles los beneficios de la cura marina en establecimientos adecuados. Le dolía que España, con un litoral tan extenso, no tuviera ningún sanatorio marítimo, mientras Italia contaba con más de cincuenta. Antes de él era muy poco lo que se había hecho en este sentido, aunque no faltaron médicos, como Builla, Méndez Alvaro, Montejo, Torres y algún otro, que indicaron la conveniencia de fundar sanatorios marítimos en nuestras dilatadas costas.

Las propagandas de Tolosa datan de sus primeros años de médico. En su obra «*El niño*» aludió ya a la importancia de las brisas marinas y los baños de mar «como medios lógicos y naturales de regeneración orgánica». Hizo en la Prensa, especialmente en su revista «*La madre y el niño*», campañas incesantes en pro de la creación de sanatorios marítimos. Es crecidísimo el número de conferencias que dedicó a este asunto. También a los congresos científicos llevó su entusiasmo por estas instituciones. Y a su pluma infatigable se deben igualmente un folleto titulado «*Los Sanatorios Marítimos y el Sanatorio de Santa Clara*», y el libro «*Olas y brisas: Cartas a Mimí*», publicado en 1908, en el que describió las impresiones de su visita a los principales sanatorios franceses e italianos.

Para coronar tan hermosa labor de propaganda, quiso demostrar prácticamente su entusiasmo por estas instituciones y su amor a los niños, y con ejemplar desprendimiento contribuyó con sus ahorros a construir el primer sanatorio marítimo español, al que puso el nombre de Santa Clara en memoria de su madre. Este sanatorio, cuya primera piedra fue colocada el 12 de octubre de 1892, está situado a poco más de un kilómetro de Chipiona, en la provincia de Cádiz, cerca del célebre convento de Nuestra Señora de Regla.

El 12 de junio de 1919 moría en Madrid el doctor Tolosa Latour. Poco tiempo antes había presentado en la Sociedad Española de Higiene un hermoso estudio de la protección y defensa de la infancia. No parece sino que presintió su próxima muerte y quiso condensar en ese completo trabajo, como en una especie de testamento científico, las ideas y aspiraciones de toda su vida. Todo un curso duró la

discusión del tema, en cuyas conclusiones, aprobadas por la culta Sociedad, se insistía en la necesidad de crear el *Instituto de Maternología y Puericultura*, aspiración que no logró ver realizada.

* * *

La obra de Tolosa Latour en favor de los niños, bosquejada en las líneas precedentes, merece la admiración y la gratitud de todos los buenos españoles. Pero es preciso confesar que pocas veces encontró la atención y el apoyo debidos. El generoso amigo de los niños tuvo que luchar contra los obstáculos que pusieron en su camino la impotencia de los mediocres y la envidia de los secos de corazón. Alguna vez, dolido por la incomprensión, la injusticia y la ingratitud de los hombres, se sintió dominado por el desaliento. Pero estos desmayos de su voluntad eran fugaces. Su alma buena y bien templada no tardaba en reaccionar, y don Manuel volvía a la pelea con el brío, la fe y el entusiasmo de sus años mozos.

«Cuando oigas hablar —dice una de sus cartas a Mimí— de lo estéril y de lo penoso de las obras, de las cuales te dirán que no producen más que ingratitudes y disgustos, no hagas caso... Tarde o temprano obtenemos una recompensa.»

Es verdad que el doctor Tolosa Latour ocupó puestos eminentes, disfrutó de consideración social y obtuvo señaladas mercedes que suelen ser muy codiciadas. Pero estos honores, suficientes para glorias deleznables, no podían satisfacer a quien apetecía más alta recompensa: la de que su obra obtuviese de los españoles la acogida cordial y el apoyo férvido que, sin duda, merecía.

No le fue dado alcanzar este premio. Conoció «los mortales desalientos de los que en las postrimerías de su vida, cansados por el esfuerzo predicador, no vieron el fruto inmediato de sus desvelos». Pero supo desecharlos con energía y con fe. «¡Qué importa —decía— no presenciar la recolección si la siembra se hizo bien honda en la tierra tenazmente labrada y abonada!»

Murió sin conocer todo el alcance y los maravillosos frutos de la obra por él tan felizmente iniciada, y continuada después, aunque con algún paréntesis lamentable, por hombres beneméritos. Aquella siembra, honda y acertada, ha dado ya la abundante cosecha que era razonable esperar. Y ahí está, como el más grato y expresivo de los frutos logrados, el descenso vertiginoso de nuestra mortalidad infantil, cuyas cifras podemos exhibir sin desdoro junto a las de naciones más afortunadas.

* * *

Quizá nada define la personalidad de don Manuel Tolosa Latour como las palabras con que termina uno de sus discursos: el que leyó en la Sociedad Española de Higiene al inaugurar el curso 1911-1912. Con ellas quiero yo también terminar este pobre bosquejo de la vida y la obra del glorioso médico de niños.

«Sirva de ejemplo constante a los jóvenes —dijo— la vida de abnegación de los médicos que con personal sacrificio logran realizar conquistas que muy pocos conocen y agradecen.

Los defensores del niño, especialmente, no lograron merecer en vida ni honores ni granjerías; cuanto mayor sea su esfuerzo, menor será la recompensa. No lo olviden, pero no desmayen.

En este momento, y como prueba de lo indicado, me parece ver ante nosotros la genial figura de un ilustre médico de Buenos Aires, el doctor Ricardo Gutiérrez,

que contribuyó al desarrollo del Hospital de Niños, sin admitir remuneración por su trabajo, que hizo mucho bien y amó mucho a la infancia.

Murió solo y pobre, al anochecer de un día espléndido, dejando por herencia un puñado de versos, entre los cuales hay una poesía que condensa la finalidad de estas pobres frases, *acaso el ideal de toda mi vida*:

¡Oh! ¡Cuando el beso de tu madre tierna
te dé la bendición de la mañana
y te acaricie el alma soñolienta
con el inmenso amor de su mirada,
acuérdate de aquellos
que madre sólo a una nodriza llaman!

¡Y cuando el llanto de tus ojos tristes,
ya para siempre oscurecida el alma,
riegue la sombra de la cruz bendita
que al pie de su sepulcro se levanta,
acuérdate de aquellos
que ni la tumba de sus padres hallan!

¡Ah! ¡Piensa que el Señor no puso en vano
un rayo de piedad dentro del alma,
y sobre el humo de la tierra triste
el sempiterno hogar de la esperanza!»



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960

LO ACTUAL EN CLÍNICA CANCEROLÓGICA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS CÁNCERES EN EL PRESENTE

POR EL

DR. CONRADO ZUCKERMANN

DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

MÉXICO

ENORMIDAD DE LA BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía sobre asuntos de cáncer es enorme y el número de estudios, de experimentos, de trabajos, sobre temas cancerológicos es muy grande; sin embargo, realizando parangón entre lo que se sabe y lo que se ignora, esto último es mucho mayor.

EL CÁNCER, PROBLEMA DE TODOS

El cáncer incumbe a toda la especie humana, no solamente a los médicos, y en el terreno de la investigación son muchos los que laboran tratando de penetrar en su misterio: físicos, químicos, biólogos, clínicos y, además, los que se ocupan de otros importantes aspectos: higienistas, epidemiólogos, psicólogos, maestros médicos, etc.

EL CÁNCER, AZOTE UNIVERSAL DE LO VIVO

El cáncer es un padecimiento universal; se acepta que el cáncer del hombre y el de los animales tiene tales similitudes que casi pueden considerarse el mismo padecimiento. En el caso de los vegetales, no; el cáncer vegetal tiene algunas características distintas al cáncer animal, pero parecería como si las alteraciones cancerosas fueran carácter, modificación propia de las células, pudiendo presentarse en todo ser vivo.

ESTUDIO INDISPENSABLE DEL CÁNCER

En el terreno estrictamente médico debemos señalar que el médico no puede ser verdadero médico si no estudia cáncer. En cada sector, sea sanitario, asistencial, clínico, experimental, de enseñanza, va a encontrar problemas de cáncer.

El tema, como se aprecia, es de gran amplitud y sólo presentaremos corta síntesis.

Sectores cancerológicos

Los sectores en cancerología son varios:

El *epidemiológico*, cada día más investigado, que nos conduce al debido aprecio del problema del cáncer en cada país y de las condiciones que parecen intervenir algo en su presencia.

El correspondiente a la *enseñanza* de la cancerología, que incumbe tanto al estudiante de medicina como al médico y al biólogo en general.

La *campaña anticancerosa* que, difundiendo los hechos primordiales (los que hoy se considera tienen ese carácter), procura la colaboración del individuo y de la colectividad.

La *investigación*, que en el terreno experimental, de observación y con base en hechos físicos, químicos y biológicos, busca el origen del mal, el mecanismo de producción, el tratamiento específico y aun otros problemas.

La *clínica* cancerológica, que atiende lo que concierne a cada canceroso y señala normas para la mejor atención en el presente.

Clínica cancerológica

En el terreno clínico creemos justo señalar la clínica de tipo preventivo, con posibilidades de hacer *profilaxis* de algunos cánceres. Debemos anotar que dentro de la falta de conocimientos del origen del cáncer, se sigue aceptando que el hábito exagerado de fumar, las radiaciones, el soleamiento excesivo, pueden favorecer la aparición de cáncer, sobre todo en personas después de la edad media de la vida.

Tratar en forma apropiada, oportuna e inmediata toda alteración, toda lesión, sea o no neoplásica, que pueda transformarse en cáncer, es hacer labor preventiva. En relación con lo anterior debemos mencionar el tratamiento apropiado del llamado cáncer «in situ», que desde el punto de vista ortodoxo se sale del concepto de cáncer invasor; eliminarlo es evitar, por lo tanto, que evolucione a cáncer invasor.

Detección de cáncer

Nos referiremos ahora a la pesquisa de cáncer en personas en estado de salud o con escasas manifestaciones (síntomas) de las que habitualmente se consideran como indicadoras de cáncer.

Esta investigación, conocida sobre todo con el nombre de *detección* de cáncer, se realiza cada día más y está permitiendo identificar casos de cáncer inicial o poco desarrollado.

Los procedimientos para realizar la búsqueda son principalmente tres:

El *examen clínico*, sobre todo físico, que puede permitir por inspección, palpación, etc., averiguar la existencia de lesión tumoral.

La *investigación citológica* o método de Papanicolaou, que identificando células con carácter canceroso, conduce a la inmediata corroboración.

El *catastro radiográfico* torácico, que actualmente es uno de los mejores medios para apreciar tumoración pulmonar en ausencia de otras manifestaciones.

Exámenes en salud

Es indudable que los *exámenes médicos periódicos* en salud o a la menor manifestación o duda de enfermedad, con el conjunto de exploraciones que lo constituyen (clínicos, radiológicos, de laboratorio) son base de apropiada eliminación de la presencia del mal o aprecio —muchas veces oportuno— de su existencia.

Detección citológica

La detección citológica del cáncer del cuello uterino se realiza en nuestro país desde hace once años (desde 1949) y el número de frotis celulares cérvico-vaginales pasa ya de 150.000, señalándose, como promedio, que en el 1 por ciento de personas asintomáticas se identificó a partir del examen citológico (con fundamento inicial en él) cáncer cérvico-uterino; esta proporción sube a 3 por ciento de personas con algunos síntomas (flujo, pequeña hemorragia traumática, etc.).

La citología cérvico-vaginal con base en estos resultados y con los señalados en el extranjero, es procedimiento valioso para realizar detección de cánceres en etapas O (cáncer «in situ») y en la I (invasor, pero limitado al cérvix).

En otros cánceres (bronquial, rectal, urinario, gástrico, etc.) el método citológico realiza detección y colabora al diagnóstico, pero su aplicación es mucho menor que en el frecuente cáncer cérvico-uterino.

Realizados los estudios clínicos, radiológicos, citológicos, etc., la corroboración diagnóstica se afirma por medio de la biopsia.

Es el examen microscópico de uno o más fragmentos del tumor, lo que permite asegurar el conocimiento y —además— detallar lo referente a la categoría tumoral.

El valor de la biopsia hística (tisular), siendo primordial, debe apreciarse en función del sitio de donde se tomó y aun del momento. Biopsia negativa puede ser seguida de biopsia positiva realizada en otra topografía o algún tiempo después.

Diagnóstico oportuno

Lo importante en cancerología clínica es el *diagnóstico oportuno*. Realizarlo cuando los síntomas son evidentes, llamativos, tiene escasa bondad, pues entonces con gran frecuencia la terapéutica es aleatoria en sus resultados. En cambio, cáncer diagnosticado en etapa inicial, local, es a menudo curable.

Cánceres generalizados o sistémicos

De lo anterior escapan los cánceres que desde un principio son generalizados, sistémicos, como las leucemias, la enfermedad de Hodgkin, muchos linfoblastomas, el mieloma maligno múltiple, etc.; sin embargo, aun en ellos, conocer lo más pronto posible su existencia permite realizar terapéutica que es capaz de duraderas mejorías.

En relación con lo anterior, es muy de recordar que la proporción de estos cánceres es menor del 10 por ciento de todos los cánceres y que del 90 por ciento restante, en 50 por ciento o más el conocimiento es posible obtenerlo oportunamente por tratarse de cánceres que merecen la denominación de *externos o accesibles* a los métodos corrientes de exploración: cánceres cutáneos, del cuello uterino, mamarios, bucales, laríngeos, rectales, etc.

Aun en los tumores malignos *internos o menos accesibles*: esófago, estómago, colon, pulmones, etc., la exploración realizada en forma apropiada funda casi siempre un diagnóstico inmediato y permite alguna terapéutica, a veces, inclusive, de radical y bondadoso resultado.

Actualmente, laparotomías y toracotomías exploradoras en caso de duda diagnóstica, están bien indicadas y sólo así, en algunos casos, se logra afirmar la naturaleza del padecimiento y realizar, desde luego, el tratamiento.

Clínica terapéutica

En lo que se refiere a la *clínica terapéutica*, consideramos que todavía es válido, a pesar de los progresos indudables en otros capítulos, afirmar que la *cirugía* y la *radioterapia* son los tratamientos primordiales.

Cirugía

La *cirugía* tiene muchas y grandes indicaciones. Contamos con la de tendencia curativa llamada *radical* para señalar el deseo de extirpar el mal radicalmente, y la cirugía *paliativa*, que tiene por objeto conseguir supervivencia de la persona sin molestias o con las menos posibles; nos referimos a las extirpaciones parciales (sólo permisibles en contados casos), a la cirugía contra el dolor, a la anastomosis mecánica o derivativa para permitir el paso de aire, alimentos, etc. Además la cirugía paliativa, que obra por acción endocrina, a la cual después nos referiremos.

Radioterapia

En *radioterapia* debemos señalar sus diversas modalidades y anotar que igualmente puede actuar como tratamiento curativo —de tendencia radical— o como paliativo.

La radioterapia en cancerología utiliza como procedimientos más empleados: la curieterapia (rádiumterapia), la röntgenoterapia (la estática y la cinética o de movimiento), además la röntgenoterapia de contacto (método de Chaoul), la de supervoltaje (400.000 o más voltios), los aceleradores lineales (betatrón, etc.) y las bombas de cobalto. En relación con esto último, debemos mencionar el uso en cancerología de radioisótopos (de iodo, fósforo, etc., por vía parenteral, oral o local), que todavía no han dado los resultados que de ellos tanto se esperaban.

Endocrinoterapia

Con respecto a la *hormonoterapia*, en la actualidad se utiliza en gran número de cánceres, pero especialmente en dos, el cáncer mamario en la mujer y el prostático en el hombre, empleándose en el primero los andrógenos y en el segundo los estrógenos; en ambos, además, los corticoesteroides.

Los corticoesteroides están siendo usados como terapéutica complementaria en las leucemias, tanto agudas como crónicas, y en otros cánceres generalizados.

Otras indicaciones de la opoterapia (en cánceres genitales: ováricos, testiculares, uterinos, etc.) y de otras topografías (tiroides, etc.) están en período de ensayo.

Cirugía endocrina

Las *cirugías supresivas endocrinas* se refieren principalmente a la extirpación de los testículos en el cáncer prostático y a la supresión de los ovarios en el cáncer mamario. En ambos casos, igualmente, se utiliza la suprarrenalectomía doble y la extirpación de la hipófisis, con lo cual se ha llegado a obtener mejorías y prolongación de la vida en algunos casos.

Quimioterapia

Otro capítulo importante es el de la *quimioterapia*, en la cual el número de trabajos se ha multiplicado. Se calcula que actualmente son más de 8.000 las sustancias experimentadas en el tratamiento del cáncer humano y animal en general.

La constante evolución de esta terapéutica y su complicada farmacología funda el afirmarse que ya se requiere especializarse en ella. Sólo haré una relación de las sustancias que más se usan para tratar diversos cánceres.

Principiaremos por el grupo de las alquilaminas y afines de la mostaza nitrogenada, como el etilenoquinomas (E39), ciclopropilfosfamida (Endoxan), Tem, Tepa, Tiotepa, el Myleran (demetanesulfonoxibutano) y otros que se han usado en el tratamiento de los más diversos cánceres, sobre todo generalizados (propagados, reproducidos y con metástasis) o generales (leucemias, etc.).

Otro grupo muy interesante es el de las sustancias llamadas antimetabólicas, de las cuales las más mencionadas son:

Los antifólicos o competidores del ácido fólico: aminopterin, ametopterin (metotrexate), etc.

Los antipúricos o competidores de purinas: mercaptopurinas.

Los competidores o sustitutos del ácido glutámico: DON (diaxo-oxo-norleucine), azaserina, etc.

Además uretano, derivados de la colchicina, la estilbamidina y la pentamidina, sustancias extraídas de hongos (actinomicinas), pirimidinas fluorinatadas, etc., etc.

Equipo cancerológico

Si consideramos lo señalado anteriormente, se aprecia que para la *detección*, el *diagnóstico* y el *tratamiento* de los enfermos de cáncer, se hace indispensable el trabajo de *equipo médico*, en el cual el mínimo es: clínico, cirujano, radioterapeuta, anatomopatólogo y citólogo. Además, actualmente, como ya decíamos, la quimioterapia anticancerosa y el manejo de radioisótopos requiere especialización.

Asociaciones terapéuticas

Los diversos tratamientos mencionados pueden aplicarse aisladamente, procurándose que cada uno de ellos rinda su mayor resultado, esto sobre todo en cirugía y en radioterapia de indicación radical. Ambos, sin embargo, pueden combinarse por sucesiva aplicación, sobre todo en lo que concierne a radioterapia postoperatoria.

En otros casos, principalmente en aquellos rebeldes, recidivantes, generalizados, se utiliza —además de lo anterior— la hormonoterapia, quimioterapia, cirugía endocrina, etc.

En cada caso las combinaciones y aplicaciones sucesivas deben realizarse en indicación individualizada a cada enfermo.

Para todo lo que estamos señalando es válido lo que hemos anotado de que la indicación y realización terapéutica se efectúe en función de un equipo cancerológico y no de un solo médico.

Conviene recordar que se está preconizando que en cánceres, no precisamente iniciales, se preceda y siga al acto quirúrgico la administración de quimioterápicos que pueden prevenir las metástasis; esto no está probado, pero, sin embargo, se funda en la identificación de células cancerosas en el torrente circulatorio en relación con maniobras operatorias.

Los errores

Capítulo especial merece lo referente a los errores que en cancerología clínica son frecuentes, y que cometemos en el pronóstico, el tratamiento, el diagnóstico y en el trato social con el canceroso o con los familiares, lo que tiene repercusión

no sólo para la vida del enfermo y su estancia en el hogar, sino para el prestigio del médico.

Los errores pueden ser del clínico, el cirujano, el radioterapeuta, el citólogo y aun del histopatólogo, cuyo dictamen es decisivo. Ya hemos señalado la necesidad que puede presentarse de repetir la biopsia, si fue negativa.

Progresos en cancerología clínica

Creemos que, a pesar de que seguimos en la oscuridad y que el cáncer todavía suscita el clásico nombre de «la gran mancha negra de la medicina», tenemos algunos progresos:

Primero, la detección en cáncer.

Segundo, el diagnóstico oportuno, observándose casos tempranos o menos tardíos actualmente, de los que veíamos hace unos lustros.

Tercero, mayor seguridad diagnóstica; se siguen cometiendo errores, pero en menor proporción; los conocimientos cancerológicos están más difundidos, el médico piensa y estudia más sobre cáncer.

Cuarto, en cirugía existen mejores técnicas, mejor equipo, y ello está permitiendo hacer cirugía más amplia, de tendencia radical y, en algunos casos, se permite hacer cirugía de repetición, sobre todo en laparotomías (cánceres ováricos, del colon, etc.).

Quinto, la radioterapia, que en sus diversas modalidades ha tenido gran progreso, señalándose cada día menos radio-resistencia, radio-necrosis y alteraciones ligadas a la realización de dicha terapéutica.

Sexto, los tratamientos generales (y aun regionales) por sustancias químicas, hormonoterapia, cirugía endocrina y radioisótopos.

Sencillas recomendaciones

Para terminar, es propio señalar algunas recomendaciones:

No basar los diagnósticos en exámenes incompletos; la mayoría de los errores se deben a no haber hecho los exámenes necesarios al caso clínico; error por omisión.

No tener actitud partidarista, considerar y realizar lo que al enfermo le conviene; en el cáncer no puede haber partidarismos.

No imponer al cliente las propias limitaciones; ello se refiere a faltas de aparatos, equipos o entrenamiento apropiado.

Además, apreciar que en cáncer sólo estamos en una etapa de los conocimientos y que es necesario constantemente información para bien de los enfermos y de uno mismo.

RESUMEN

El cáncer es un padecimiento universal que plantea múltiples problemas en diversos aspectos: el sanitario, asistencial, el clínico, el experimental, profiláctico, el de enseñanza, etc. En este trabajo se hace una síntesis sobre su diagnóstico oportuno y sus tratamientos primordiales.

Se insiste en que hoy, tanto para la detección del cáncer como para su diagnóstico y tratamiento adecuado, es indispensable el trabajo médico en equipo, cuyo mínimo estará constituído por: el clínico, cirujano, radioterapeuta, anatomopatólogo y citólogo.

Se señalan los progresos habidos y se establecen unas sensatas recomendaciones para mejorar los resultados obtenidos.

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

CLÍNICA Y LABORATORIO
Número 416 - Tomo LXX
Noviembre 1960

¿GASTRECTOMÍA PARCIAL O GASTRECTOMÍA TOTAL EN LOS CÁNCERES DE ESTÓMAGO? EL PROBLEMA DE LA AGASTRIA

POR EL

DR. FRANCISCO MARTÍN LAGOS

CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

MADRID

Aun cuando la primera gastrectomía total por cáncer fue practicada en 1897 por SCHLATTHER, es lo cierto que hasta estos últimos años no ha sido practicada de una manera sistemática o, por lo menos, no se ha prodigado debido a su alta mortalidad postoperatoria y a los trastornos nutritivos que provocaba la supresión del estómago.

El gran avance de la anestesia, la mejor preparación del enfermo y el más perfecto conocimiento del shock y la manera de prevenirlo o contrarrestarlo, ha dado lugar a disminuir el porcentaje de mortalidad postoperatoria en las gastrectomía totales a una cifra casi igual o cercana al de las gastrectomías parciales por cáncer.

La gastrectomía parcial como operación radical, se funda sustancialmente en el hecho de que el estómago, desde el punto de vista de la difusión linfática, puede dividirse en cuatro zonas, cuyo territorio linfático independiente aboca a colectores que siguen a lo largo de las ramas de distribución y de los troncos de cada una de las cuatro arterias que irrigan el órgano, terminando en grupos ganglionares determinados (fig. 1).

De otra parte, la extensión local se realiza unas veces, las menos (14 por 100), tan sólo en superficie, es decir, extendiéndose por la mucosa sin penetrar en las partes profundas; otras, las más (80 por 100) de las veces, infiltrando la muscularis mucosae y la submucosa, capa laxa llena de espacios linfáticos, en donde fácilmente se extiende por debajo de la mucosa sana, mucho más allá de los límites de la mucosa infiltrada, pudiendo penetrar por entre las fibrillas musculares al espacio subseroso, aún más rico en espacios linfáticos y, por lo tanto, con mayor facilidad de difusión.

Pero la experiencia mostraba que los cánceres situados en el tercio inferior no tenían tendencia a difundirse hacia el cardias más allá de unos pocos centímetros, en tanto que los fundus y el cardias no se extienden hacia el antro, y menos al

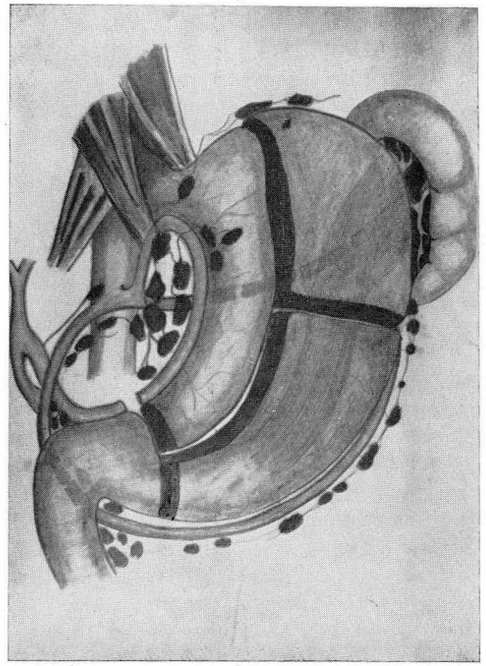


FIG. 1

píloro, que, según ROKITANSKY y KOCHER, constituiría una verdadera barrera.

La consecuencia fue que en todo cáncer limitado a una zona, en el que no se ven afectas macroscópicamente las cadenas ganglionares de los otros territorios ni la invasión de los órganos próximos, bastaría una resección parcial (fig. 2), que en el caso de los cánceres situados en fundus y proximidades del cardias, se extendería desde la porción torácica del esófago hasta el antro; en los de la porción vertical de la curvadura menor, desde el cardias hasta el píloro, y los situados en la porción antropilórica, desde la primera porción de duodeno hasta el fundus, llevándose, naturalmente, las porciones correspondientes de los mesos y los territorios linfáticos con los tejidos circundantes correspondientes.

La gastrectomía parcial clática tiene el inconveniente de que da un elevado porcentaje de recidivas locales, a nivel del muñón fúndico, del duodeno, de los mesos (fig. 3), de los ganglios del hilio esplénico,



FIG. 2

PORCENTAJE DE RECIDIVAS LOCALES EN GASTRECTOMIA PARCIAL

THOMSON VANCOUBER HOSPITAL	28 G.P.	5	MUÑON GASTRICO
		3	Id. DUODENAL
		14	LECHO GASTRICO
MAC NEER	92 G.P.	46	MUÑON GASTRICO
		9	Id. DUODENAL
		19	LECHO GASTRICO
WARREN	12 G.P. – 19'6 %		RECIDIVA
AMESTI (ARGENTINA)	143 G.P. – 18		RECIDIVAS
BOWDEN	37 Relap. 15		RECIDIVAS

FIG. 3

hecho comprobado no solamente en la autopsia, sino en los enfermos en que sistemáticamente se practica el «second looks», es decir, la relaparotomía de control realizada al menor indicio para volver a extirpar si es posible la recidiva.

La causa indudable de estas recidivas es que, como afirma MAC NEER, el 50 por ciento de los resecados parciales no han recibido los beneficios de una cirugía verdaderamente radical, y es que las investigaciones necrópsicas y las reoperaciones demuestran que, en contra de la opinión de ROKITANSKY y KOCHER, en un cáncer situado en el píloro, e incluso a cinco centímetros

del mismo, el 20 al 30 por ciento de los casos se encuentra invadida la primera porción de duodeno en una extensión de uno a tres centímetros; los cánceres del fundus tienen tendencia a avanzar hacia la porción distal o a lo largo de la pequeña curvadura, y, como han demostrado las investigaciones de DOCKERTY y VAUG, el 30 por ciento de los cánceres del polo distal invaden por vía linfática los ganglios correspondientes al hilio esplénico.

Hay, pues, que ampliar la resección, incluyendo siempre en la misma una mayor cantidad de estómago, el bazo y, si es necesario, un trozo de la cola del páncreas.

Pero es que, aparte de ello, es una regla en la cirugía cancerosa, que satisface más al espíritu del cirujano, considerar una operación como radical cuando se extirpa la totalidad del órgano en que se asienta el tumor, con todos los territorios linfáticos afectos y las cadenas ganglionares de la primera estación.

Como hemos indicado, la mortalidad postoperatoria se ha reducido a un porcentaje semejante al de la gastrectomía subtotal cuando se realiza por principio, es decir, en todos los casos, cualquiera que sea la extensión del tumor, y no se reserva tan sólo para los llamados de necesidad cuando la invasión afecta a órganos próximos y a todas las cadenas ganglionares.

Desde las primeras gastrectomías totales, la mayor parte de los cirujanos observaron que, a diferencia de las resecciones parciales, la extirpación total del estómago iba seguida de un tanto por ciento muy elevado de los casos de trastornos digestivos graves: inapetencia, disminución de fuerzas, diarreas profusas e insuficiente absorción de proteicos que llegaban al 40 por ciento y del 30 por ciento de grasa, acompañada de anemia, adelgazamiento progresivo y, en muchos casos, edemas por hipoproteinemia y muerte al cabo de unos meses por inanición.

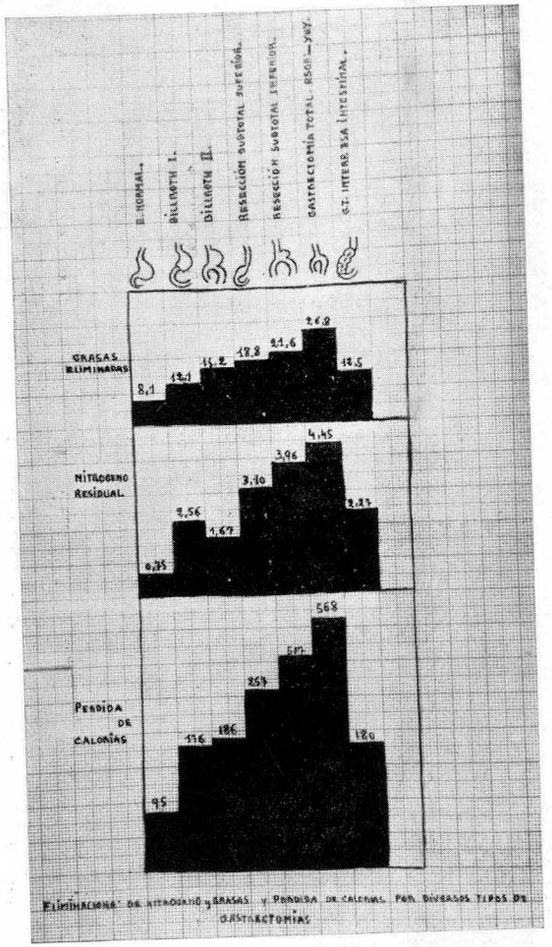


FIG. 4

Por ello, como se comprobó en el Congreso de Méjico de 1957, tan sólo unos pocos cirujanos como TOMADA, BROEREMA, HEITZ, MAC NEER, LORTA JACOB y

MOUCHET sostienen como principio la gastrectomía total ampliada cualquiera que sea la extensión y localización de la neoplasia.

La mayor parte de los cirujanos (PARCK, SHAHON, SCHENA NITZEN, WALTERS, BERKSON, WELCH, etc.) consideran la gastrectomía total tan sólo como una operación de necesidad cuando el cáncer está muy extendido, ya que creen, siguiendo a SWET, que todo paciente sometido a gastrectomía total debe ser considerado como un problema permanente en cuanto concierne a los cuidados médicos respecto a su nutrición.

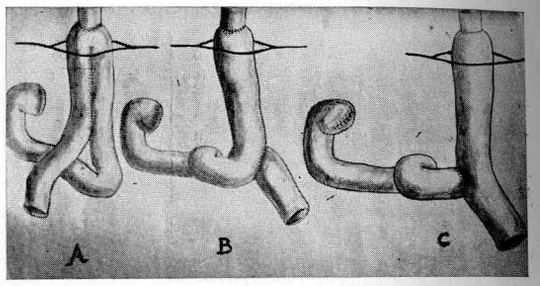


FIG. 5

Hace tres años, en el *symposium* sobre cáncer gástrico que tuvo lugar en la Academia Médico-Quirúrgica, bajo la dirección del profesor HERNANDO, señalábamos que sólo uno de nuestros gastrectomizados totales no había sucumbido de inanición antes del año; éste, al cual le habíamos practicado una anastomosis esófagoduodenal, creíamos, en vista de su evolución, tal vez hubiésemos dejado en el extremo esofágico un trozo de estómago.

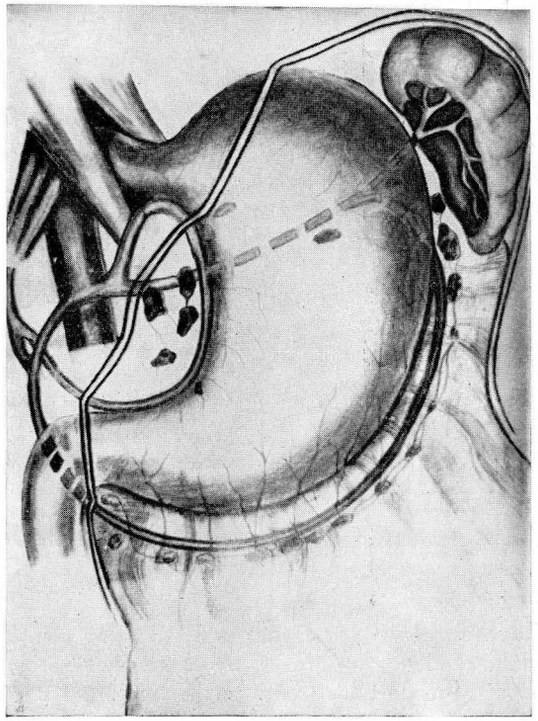


FIG. 6

Esta creencia estaba fundada en el hecho aceptado comúnmente de que en las gastrectomías subtotales muy extensas los trastornos metabólicos eran menos acentuados que en las totales.

Las investigaciones de NISSEN y REDO demostrando que la mucosa antral segrega ácido clorhídrico y pepsina, y tal vez una sustancia que actúa favoreciendo la secreción pancreática y la absorción de proteínas, grasa y hierro, así como las de ARNAU y BRUNSCHWIG, que prueban que basta dejar una pequeña porción de 14 mm. de estómago por debajo del cardias, o tan sólo injertar un trozo de mucosa gástrica en la porción yeyunal después de una gastrectomía total para que los trastornos nutritivos se reduzcan considerablemente, no hiciera más que confirmar las observaciones clínicas.

Ahora bien, hay que reconocer

que estos trastornos digestivos, si bien con menos frecuencia y menor intensidad, se presentan asimismo en algunos operados de gastrectomía subtotal, es decir, que no basta la presencia de mucosa gástrica para evitar la desnutrición y la aparición de anemias macro y microcíticas.

Las investigaciones de EVERSON muestran que el 41'5 por ciento de las proteínas ingeridas y el 27'6 por ciento de las grasas son eliminadas en las heces de los animales gastrectomizados, en tanto que en los normales es tan sólo de 12'8 y 2'8 por ciento, respectivamente. Asimismo las investigaciones de MAC LEAN y J. GLASS demuestran que el gastrectomizado elimina por las heces el 87 por ciento de la vitamina B_{12} ingerida, en tanto que el individuo normal tan sólo del 10 al 40 por ciento, lo que se explica porque la vitamina B_{12} parece exigir la presencia de ClH y del factor intrínseco.

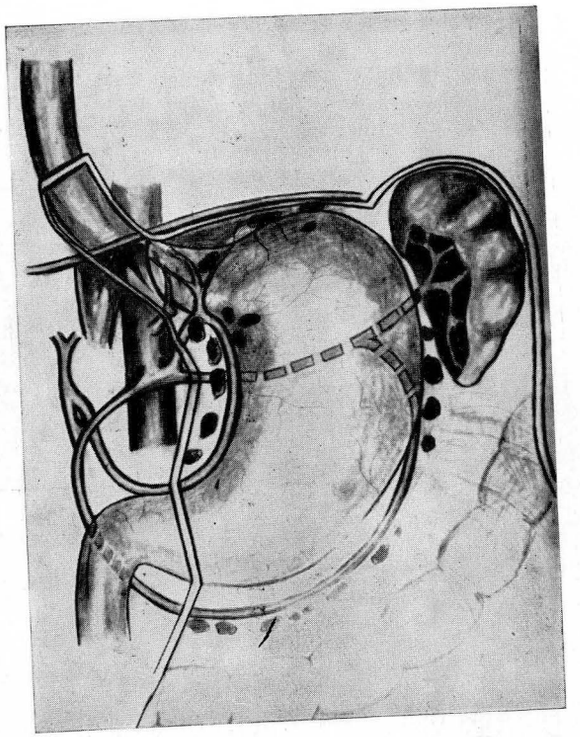


FIG. 7

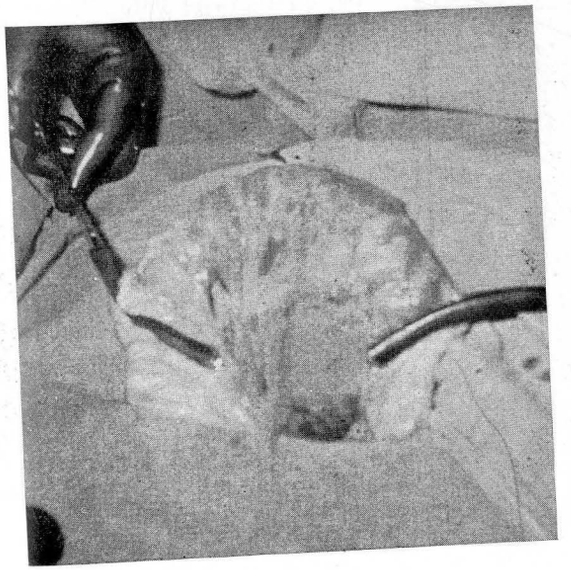


FIG. 8

Asimismo la anemia debida a deficiencia de hierro, la denominada anemia hipocrómica microcítica, encontrada a menudo en estos pacientes, es debida a defectos de absorción de este metal, ya que se absorbe merced a la acción del ClH que libera el hierro de los alimentos transformando las sales férricas en ferrosas.

La consecuencia de ello ha sido la de someter a estos pacientes a un régimen muy rico en proteínas y grasa, muy pobre en hidratos de carbono, administrar con las comidas preparados que contengan ácido clorhídrico y pepsina, vitamina B_{12} fuerte por vía parenteral y sulfato ferroso (30 centigramos tres veces a la semana), como medio de mejorar su estado nutritivo.

Si bien ello mejora en un cierto número de enfermos su estado general, o mejor dicho, disminuye la intensidad de su desnutrición, es lo cierto que en un porcentaje bastante elevado sigue desarrollándose la depauperación y un gran número de estos enfermos quedan sin fuerzas ni ánimo para desarrollar una vida activa.

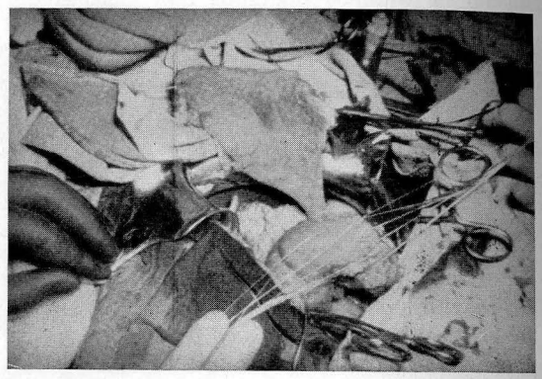


FIG. 9. — EN LA PARTE SUPERIOR, EL ASA CÓLICA LIBERADA CON SU PEDÍCULO. PARTE INFERIOR, CIERRE DE LA ANASTOMOSIS COLO-CÓLICA. LOS HILOS CORRESPONDEN A LA SUTURA SERO-SEROSA FINAL.

Las investigaciones de EVERSON, KELLY, HESS, HOLLE, y las que estamos realizando en nuestro servicio, parecen demostrar que uno de los factores más importantes en la insuficiente reabsorción de proteínas, grasa y vitamina B_{12} es la inadecuada mezcla de la ingesta con las secreciones biliar y pancreática, la hiperquinesia intestinal y la pérdida de la función de reservorio que tiene el estómago, y que, por tanto, gran parte de estos trastornos son debidos a la técnica de la reconstrucción del tránsito esófagointestinal más que a la supresión de la secreción gástrica.

En la técnica ordinaria de anastomosis esófagoyeyunal, la ingesta cae directamente en el asa yeyunal, que se distiende, irrita y lanza rápidamente a los tramos intestinales inferiores el bolo alimenticio, mal o poco mezclado con el jugo duodenal; de aquí el síndrome de dumping y la falta de absorción.

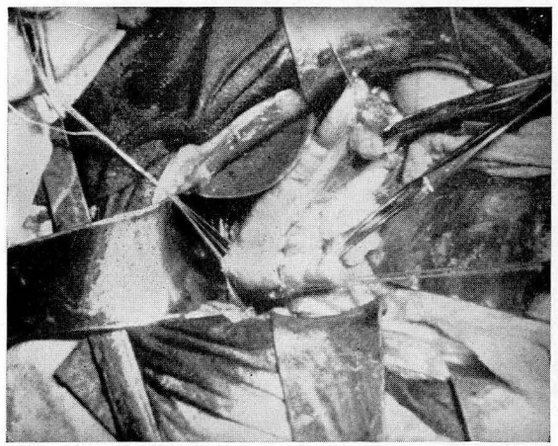


FIG. 10. — ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL DEL COLON AL DUODENO.

Es ya conocido que la anastomosis de esófago o gastroduodenal (en los casos de resección subtotal) suprime el dumping y no provoca graves desórdenes nutritivos, lo que se explica porque, aun cuando el paso del alimento sea rápido, no lo es tanto como en la anastomosis esófagoyeyunal, y durante su trayecto a lo largo del duodeno se permite la mezcla íntima por la vía natural del bolo alimenticio con los jugos biliar y pancreático antes del escape de los alimentos a los tramos alejados del tubo digestivo.

Nuestro caso, y los publicados por diversos autores, hablan a favor de esta idea,

y, por tanto, que el medio de mejorar los resultados en cuanto a la nutrición de estos enfermos es la práctica de la esófagoduodenostomía. Desgraciadamente ésta no puede realizarse en la mayor parte de los casos, cuando hay necesidad de resecar un trozo de esófago torácico, ya que a pesar de la maniobra de Kocher, el muñón duodenal no alcanza o sólo lo hace a gran tensión, con el peligro de fallo de la sutura.

Para conseguir una mezcla más íntima del jugo duodenal con el bolo alimenticio (fig. 5), ENGEL propuso la práctica de una anastomosis a lo Braum (fig. 5 a) en la porción más superior de asa anastomosada al esófago; ORR, una anastomosis tipo Roux (figura 5 b), y RIENHOFF, un Roux *invertido* (fig. 5 c); pero todas estas intervenciones evitan el paso de los alimentos por la vía natural, y si bien mejoran la mezcla de alimentos con el jugo duodenal, éste ha de atravesar el duodeno y el asa aferente, a cuyo paso se absorberán parte de bilis y jugo pancreático.

Por ello es preferible interponer un asa intestinal entre esófago y duodeno, construyendo así un receptáculo para el alimento y que éste siga la vía natural. LONGMIRE utiliza un asa yeyunal; nosotros preferimos, en vista de los magníficos resultados obtenidos en la sustitución del esófago torácico, el colon transverso.

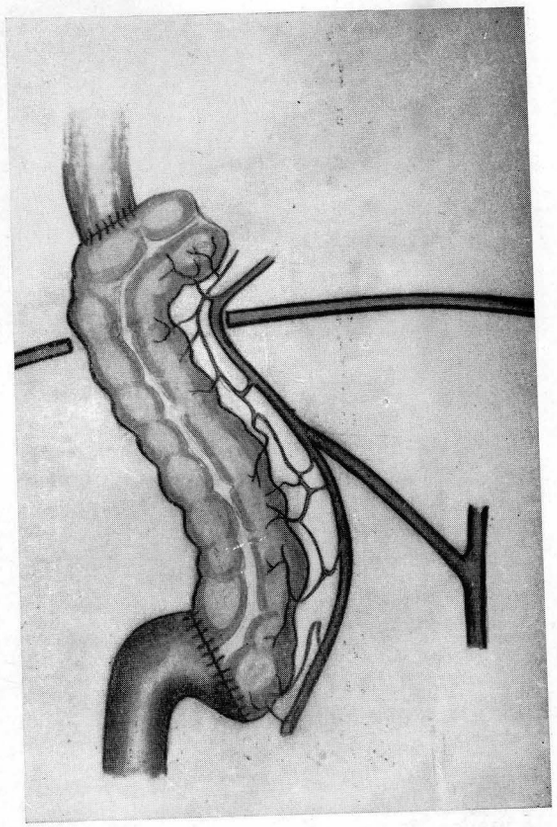


FIG. 11. — OPERACIÓN TERMINADA.

Desde el punto de vista operatorio, en todo cáncer de estómago practicamos sistemáticamente la gastrectomía ampliada, es decir, resecamos epiplón mayor, ligamentos gastrocólico y gastrohepático y estómago en su casi totalidad con las cadenas ganglionares correspondientes, incluyendo en la pieza el bazo.

Si el cáncer asienta en la región antropilórica, extendemos la resección a la primera porción del duodeno, conservando tan sólo un anillo de un par de centímetros de estómago por debajo del cardias (fig. 6).

En este caso la resección la realizamos por vía abdominal, extirpando el apéndice xifoides, lo que permite efectuar con más facilidad la anastomosis al esófago. Si se trata de un tórax estrecho, preferimos hacer una toracotomía izquierda, exteriorizar por ella el extremo esofágico y realizar la anastomosis, reingresando de nuevo el esófago a la cavidad abdominal.

Si el cáncer asienta en fundus, fórnix o cardias, la resección se extiende desde el tercio inferior del esófago hasta el antro (fig. 7).

Sólo en los cánceres extensos de curvadura menor, o cuando están afectados macroscópicamente los ganglios de ambos territorios, o la biopsia preoperatoria que practicamos sistemáticamente, nos indica que el borde está infiltrado o muy próximo a la infiltración, hacemos gastrectomía total.

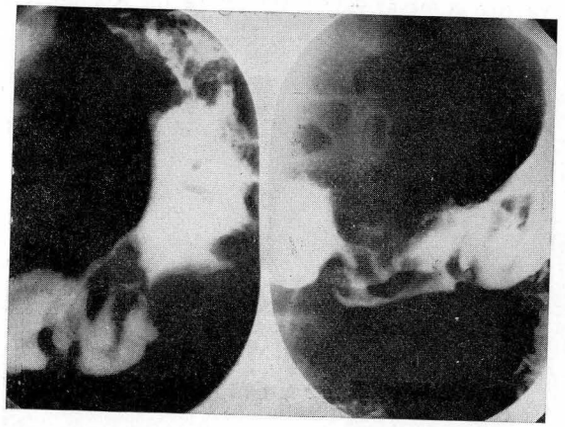


FIG. 12. — CÁNCER ANTRAL.

En uno u otro caso liberamos el estómago por vía abdominal; se liga la coronaria izquierda en su origen y se deja la pieza operatoria reclinada en la porción superior.

Se prepara el asa cólica a trasplantar, seccionando longitudinalmente el mesocolon a partir de la arcada, hacia la raíz, a nivel de los extremos del asa que queremos aislar, dejando un pedículo constituído por la arteria cólica media y sus ramas. Se pinza con clamps el colon y la arcada a nivel de las líneas de sección y se observa el estado de nutrición del asa, en que debe verse pulsar las pequeñas arterias del borde y el color del intestino (fig. 8).

Sección del intestino y sutura términoterminal de los extremos del colon (fig. 9).

Se practica la anastomosis del extremo derecho del asa aislada al duodeno o al antro, según los casos, y se cierra el extremo izquierdo del asa aislada por un punto circular y una sutura seroserosa (fig. 10).

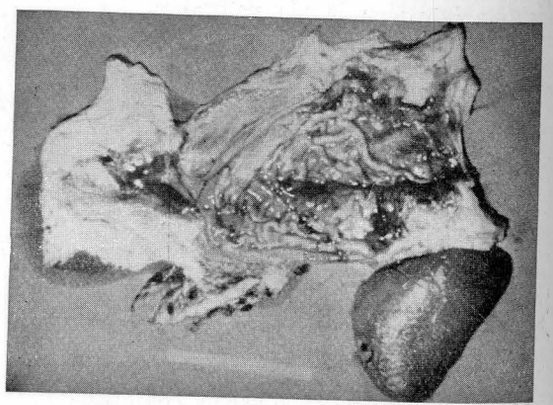


FIG. 13. — CÁNCER ANTRAL. PIEZA OPERATORIA

Se cierra con unos puntos de piel el abdomen; se coloca el enfermo en decúbito lateral sobre el lado derecho, en ángulo de 45 grados; toracotomía izquierda a nivel del octavo espacio y liberación del extremo inferior del esófago en la extensión necesaria; apertura del diafragma, liberando la porción terminal del esófago; sección oblicua de éste a la altura necesaria, y el ayudante abre de nuevo la cavidad abdominal, extrae la pieza gástrica totalmente liberada e introduce el extremo del asa cólica a través del orificio diafragmático, colocándola en posición correcta, es decir, evitando la rotación de la misma y la tensión del pedículo.

En el tórax se practica una anastomosis término-lateral del esófago al colon (figura 11). Antes de terminar el cierre introducimos una sonda que aboque por la nariz al exterior y llegue por su extremo periférico al yeyuno.

Cierre de la pared, dejando un tubo en el tórax con aspiración, y cierre de la pared abdominal.

Es una operación laboriosa; en nuestras manos dura tres horas y media; pero los resultados inmediatos son realmente espléndidos. Los tres enfermos operados, uno de cáncer subcardial, otro de cáncer antropilórico y otro de cáncer con numerosas metástasis, de setenta y ocho años, llevaron un curso postoperatorio tan bueno como el de una resección subtotal corriente. El tercer enfermo, cuando ya ingería alimento, a los catorce días de la intervención, murió bruscamente de un edema agudo de pulmón.

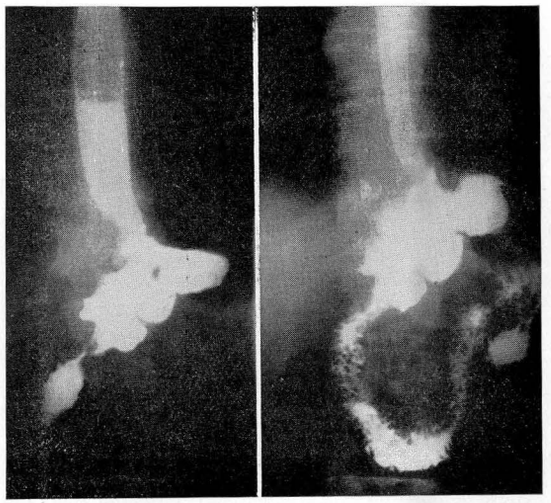


FIG. 14. — ASPECTO DEL NEOESTÓMAGO. PASO LENTO DE LA PAPILLA A DUODENO.

Hay que tener en cuenta que se forzó la indicación dada la edad del sujeto.

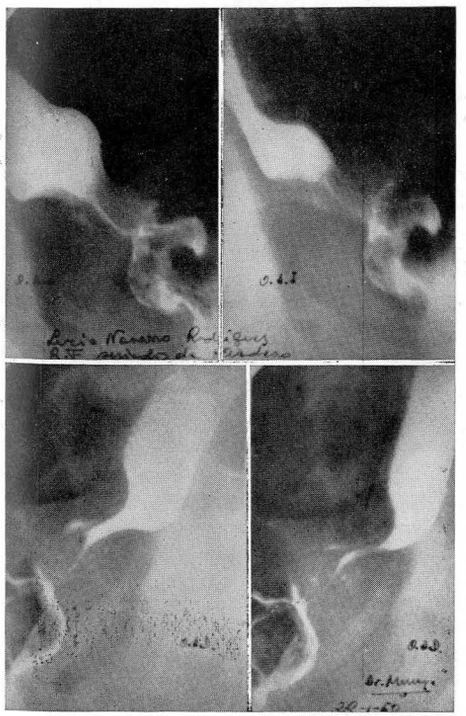


FIG. 15. — CARCINOMA DE CARDIAS.

Los otros dos (figs. 12, 13, 14 y 15), desde que se les suprimió la sonda duodenal, ingieren su alimento normalmente; tienen un gran apetito y hacen sus comidas de volumen normal, a base de proteínas, carne, pescado, grasa y pocos hidratos de carbono, aun cuando toman fruta y no se les limita la ingestión de líquidos. De medicación, Pancreón, vitamina B_{12} y hierro en pequeñas dosis.

Han mejorado de estado general, no tienen pérdida de fuerzas, y el análisis de las heces después de una comida de prueba demuestra que la absorción de proteínas y grasa es prácticamente normal, y ganan peso a razón de 100 gramos cada dos días y han recuperado la alegría de vivir, perdida por las dificultades de ingerir alimentos antes de la intervención.

Creemos que estos resultados se deben, no a que el colon pueda sustituir la función secretora del estómago, sino a su función de reservorio, al paso poco rápido del bolo alimenticio hacia el duodeno y la continuación del mismo a través de la vía natural, permitiendo

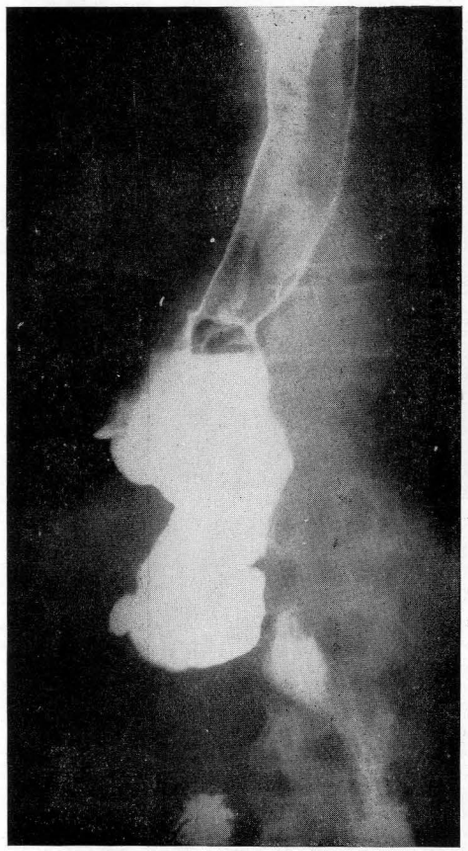


FIG. 16. — NEOESTÓMAGO. SE VE EL FUNCIONAMIENTO ANTROPILÓRICO.

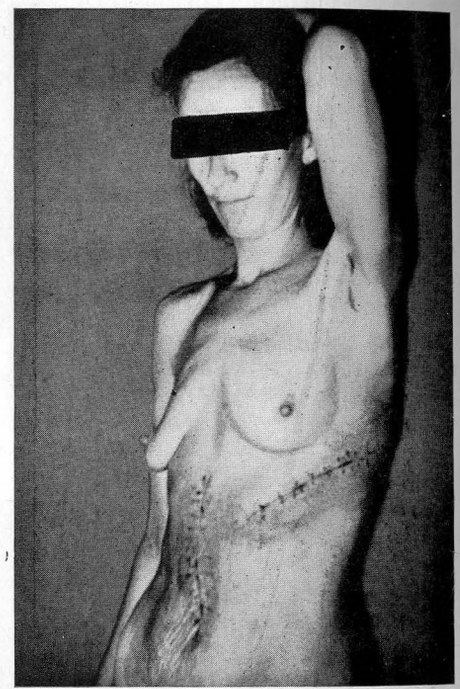


FIG. 17. — A LOS DIEZ DÍAS DE INTERVENIDA.

la mezcla íntima del alimento con las secreciones biliar y pancreática, y tal vez la acción incretora de la pequeña cantidad de mucosa dejada en la resección subtotal. *

RESUMEN

Los grandes avances de la anestesia, la mejor preparación del enfermo y el más perfecto conocimiento del shock, han dado lugar a disminuir el poraentaje de mortalidad postoperatoria en las gastrectomías parciales por cáncer.

Pero la gastrectomía parcial tiene el inconveniente de que da un elevado porcentaje de recidivas locales. Hay, pues, que ampliar la resección, inaluyendo en la misma una mayor cantidad de estómago, el bazo y, si es necesario, un trozo de la cola del páncreas.

La mortalidad postoperatoria se ha reducido a un porcentaje semejante al de la gastrectomía subtotal, cuando se realiza la operación radical extirpando la totalidad del órgano en que asienta el tumor, con todos los territorios linfátiaos fectos y las cadenas ganglionares de la primera estación.

Pero se observó que la extirpación total del estómago iba seguida, en un tanto por ciento por ciento muy elevado, de trastornos digestivos graves: inapetencia, disminución de fuerzas,

* De «Cirugía, Ginecología y Urología», v. XIV, núm. 3, 199-207. 1960. Madrid.

diarreas profusas e insuficiente absorción de proteicos, acompañada de anemia, adelgazamiento progresivo, edemas por hipoproteinemia, y muerte al cabo de unos meses por inanición.

Investigaciones prolijas han demostrado que la mucosa antral segrega áaido clorhídrico y pepsina, y que basta dejar unos milímetros de estómago por debajo del cardias o inyectar un trozo de mucosa gástrica en la porción yeyunal, después de una gastrectomía total, para que los trastornos nutritivos se reduzcan considerablemente.

Uno de los factores más importantes en la insuficiente reabsorción de proteínas, grasa y vitamina B_{12} es la inadecuada mezcla de la ingesta aon las secreciones biliar y pancreática, la hiperquinesia intestinal y la pérdida de la función de reservorio que tiene el estómago, y que, por tanto, parte de estos trastornos son debidos a la técnica de la reconstrucción del tránsito esófago-intestinal, más que a la supresión de la secreción gástrica.

Para la mezcla más íntima de los jugos es preferible interponer un asa intestinal entre esófago y duodeno, constituyendo así un receptáculo para el alimento y que éste siga la vía natural. El autor utiliza el colon transverso y describe, en líneas generales, la técnica utilizada, ilustrándola con esquemas, fotografías y radioscopias. La operación, aun siendo laboriosa, ha proporcionado buenos resultados, que el autor atribuye a la creación de ese reservorio que permite la mezcla íntima del alimento con las secreciones biliar y pancreática, y, tal vez, a la acción incretora de la pequeña cantidad de mucosa dejada en la resección subtotal.

Dirección: Velázquez, 98. Madrid. 6.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960

INSTITUTO DE UROLOGÍA
HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO
DIRECTOR: DR. A. PUIGVERT

LOS MEDIOS DIAGNÓSTICOS EN LAS CISTINURIAS

POR LA

DRA. M.ª TERESA REUS PONT

BARCELONA

La cistina es un aminoácido azufrado que normalmente procede de la cisteína por oxidación y de la metionina por transmetilación, con reversibilidad de ambas reacciones, degradándose finalmente de manera preponderante en sulfatos; por ello y por la reabsorción tubular de la cistina apenas se eliminan unos miligramos por la orina en condiciones normales; sin embargo, en determinados casos se observa un aumento de la excreción urinaria de cistina, que pueden ir acompañados de manifestaciones clínicas más o menos ostensibles; el objeto de esta revisión es agrupar los medios de que podemos valernos para hacer constar este aumento de la excreción urinaria de cistina o cistinuria.

Hasta hace poco se consideraba que la cistinuria era una enfermedad metabólica, hoy día se ha desglosado como entidad nosológica, diferenciándola del trastorno metabólico de los aminoácidos conocido con el nombre de cistinosis. En efecto, la cistinuria es propiamente una enfermedad de tipo renal, se debe a una reabsorción tubular defectuosa de la cistina conjuntamente con otros tres aminoácidos (lisina, arginina y ornitina), por un posible fallo en el mecanismo enzimático de absorción de tipo congénito; la trascendencia que ello reporta es que la cistina puede perder su solubilidad en la orina, con lo que existe tendencia a la formación de cálculos en el aparato urinario, en cuanto a los otros aminoácidos carecen de importancia en este sentido, por su gran solubilidad que hace imposible su precipitación. En cambio, en la cistinosis, conocida también como el síndrome de TONI-LIGNAC-FANCONI o tesaurismosis cistínica, es una enfermedad primitivamente de tipo metabólico, con posible intervención renal secundaria, en la que existe un defecto también de origen congénito que afecta al metabolismo de los aminoácidos, lo que da lugar a una eliminación urinaria de hasta veinte aminoácidos, entre los que está la cistina (como más importantes: valina, leucina, ácido aspártico, serina, fenilalanina, tirosina, prolina, lisina, treonina), existiendo conjuntamente glucosuria y fosfaturia; aquí es rara la formación de cálculos, apareciendo, en cambio, otros síntomas, como raquitismo, diabetes insípida y, finalmente, el depósito de cistina en los tejidos (cistinosis).

Solamente nos ocuparemos del trastorno renal, de la cistinuria; en su estudio han sido muy importantes las experiencias de FOWLER, que comprobó que en

los cistinúricos la cistina plasmática es completamente normal y que su aclaramiento o descarga se comporta como aquellas substancias que no se reabsorben en el túbulo (innulina, por ejemplo), siendo casi expresión del filtrado glomerular; también van en favor de esta etiopatogenia tubular la observación hecha por ROBSON-ROSE de que si administramos lisina por vía endovenosa a una persona normal, al eliminarse por la orina se produce paralelamente una disminución de la eliminación de cistina, arginina y ornitina, lo que indica que hay una compensación en la reabsorción tubular de dichos aminoácidos; en cambio, si la administración de lisina se hace en un cistinúrico continúan eliminándose las mismas cantidades de los otros aminoácidos por fallo de esta correlación en la actividad fermentativa de la reabsorción tubular.

La cistinuria pasa muchas veces sin ser diagnosticada, debido a que cursa de modo asintomático mientras no se formen cálculos; para que esta formación tenga lugar son necesarias ciertas condiciones que disminuyen la solubilidad de la cistina, y permiten su precipitación; las más importantes son la disminución del aflujo urinario y la tendencia hacia la acidez de la reacción del medio; en condiciones normales ya hemos dicho que sólo se eliminan unos miligramos de cistina al día, en los cistinúricos esta eliminación puede ser superior a 2 grs. diarios, pero se ha de tener en cuenta que la cistina a un pH de 7 es soluble hasta 162 mgrs. por litro y a un pH de 8 hasta 353 mgrs. por litro, lo que permite con una diuresis de dos litros una eliminación diaria de 0'32 y 0'70 grs. de cistina sin formación de cálculos (WEINBERG y TABENKIN); en cambio, cuando la reacción de la orina es ácida o la cantidad de orina es escasa, la tendencia a formar cálculos es mucho mayor.

La frecuencia de la cistinuria es muy pequeña, las estadísticas examinadas dan cifras algo variables, pues junto a PRIEN y FRONDELLE, que afirman que el 3'8 por ciento de las litiasis son de origen cistinúrico, tenemos a KEYNER y RAFIN, que afirman no haber observado ninguno. LOEPER-COTTET sólo tienen un caso entre doscientos sesenta y dos litiásicos; NAKANO da un porcentaje de 1'2 por ciento; LEWIS, 2 por ciento; KUSTER, 2'6 por ciento. En cuanto a la frecuencia de formarse cálculos en los cistinúricos, se admiten generalmente cifras bajas, debido a las causas indicadas antes; EPPINGER dice que un 2'7 por ciento de los cistinúricos se complican con litiasis; KEYSER y SMITH, un 3-4 por ciento. En el Instituto de Urología de Barcelona, durante los tres últimos años, de más de 12.000 exámenes de sedimento de orina efectuados sólo se han observado cristales de cistina en tres casos, y de 226 cálculos examinados sólo uno estaba formado de cistina. Por otro lado, MARAÑÓN afirma, en 1946, no haber observado ningún caso de cistinuria.

Antes de entrar a enumerar los medios de que se dispone para llegar a un diagnóstico de cistinuria recordaremos la existencia de las cistinurias sintomáticas, que no tienen ninguna relación con la cistinuria propiamente dicha y que aparecen en las afecciones graves de las células hepáticas (atrofia aguda amarilla, intoxicación por fósforo, ictericia salvarsánica) y en grados avanzados de tuberculosis.

Pasemos ya a revisar los medios diagnósticos, tanto de orden clínico como radiológico o analítico, que pueden conducir a una certeza diagnóstica, importante, de manera especial, en este tipo de litiasis, pues si se trata de una cistinuria pura se puede combatir por medios puramente de orden médico, sin tener que recurrir en muchos casos a la intervención quirúrgica, intento que sólo podrá hacerse ante unas pruebas demostrativas de garantía.

I. Datos clínicos

La cistinuria es una enfermedad que se hereda con carácter recesivo completo o incompleto, presentándose de modo completo en los homocigóticos e incompleto en los heterocigóticos, en los que puede observarse una gran eliminación de cistina y lisina con eliminación normal de arginina y ornitina. Por este carácter hereditario es frecuente observar varios casos de cistinuria, con o sin litiasis, en varios miembros de una misma familia.

Ya hemos indicado que mientras no se formen cálculos puede cursar de modo asintomático por completo, siendo su hallazgo casual.

Debido a ser un trastorno congénito suele comenzar a manifestarse en temprana edad, durante la infancia o adolescencia; en su evolución es típico observar remisiones espontáneas, pero con tendencia bastante acusada a recidivar, lo que ha hecho que algunos autores la clasifiquen de maligna; siempre que se observe una litiasis en la infancia se tiene que descartar la posibilidad de una cistinuria con los medios complementarios que a continuación diremos:

El cuadro clínico, una vez establecida la litiasis, es análogo al debido a otros cálculos urinarios, pudiendo dar lugar a típicos cólicos nefríticos, anuria, alteraciones urinarias bien sea en forma de hematurias, piurias o arenillas, molestias miccionales de diversas índoles, pudiendo haber expulsión espontánea de pequeños cálculos. Como complicaciones de la litiasis tenemos que la infección sobreañadida es posible, pero rara, y la insuficiencia renal se puede presentar en períodos avanzados por la tendencia de los cálculos cistínicos a extenderse como un molde por la pelvis renal.

Como vemos, estos datos de orden clínico son de poca importancia y no permiten asentar un diagnóstico cierto, solamente la múltiple incidencia familiar de una litiasis y la aparición de la misma en temprana edad, con posible evolución a brotes, han de conducir a un meticuloso estudio radiológico y analítico que pueden dar un diagnóstico cierto de cistinuria.

II. Datos radiológicos

Hasta hace poco se había considerado que los cálculos de cistina no eran visibles radiológicamente, siéndolo sólo aquellos que se habían contaminado con sales cálcicas; hoy día se mantiene que los cálculos de cistina puros son visibles, atribuyéndose la opacidad radiológica a su contenido en azufre.

Los cálculos de cistina tienen más tendencia a ser bilaterales, pudiendo asentar en cualquier tramo del árbol urinario; pueden ser únicos o múltiples; al principio son redondeados, de superficie lisa, a menudo con múltiples facetas; con el tiempo existe gran tendencia a formar conglomerados en forma de cálculos coraliformes; la densidad radiológica es menor que la de los cálculos de fosfatos u oxalato cálcico, apareciendo con los contornos difuminados como una mancha de cera; cuando se sobreponen sales cálcicas su densidad aumenta.

Como vemos, los datos radiológicos son también poco concretos para esclarecer el origen cistínico de la litiasis.

III. Examen de la orina

La orina de los cistinúricos permite llegar a un diagnóstico de certeza, siendo importante su examen seriado en el curso del tratamiento para comprobar la eficacia del mismo; los medios más utilizados son los siguientes:

Determinación cualitativa.— Permite acusar un aumento en la eliminación urinaria de cistina, si bien no precisar la cantidad eliminada. Se utiliza la reacción de Brand, Harris y Biloon, que consiste en añadir al 5 por ciento de cianuro sódico y a los 5-10 minutos unas gotas de solución al 5 por ciento de nitroprusiato sódico; en caso de existir cistinuria aparece un color rojo-púrpura oscuro, normalmente sólo da un color rojizo débil; a veces aparecen reacciones pseudopositivas en acetonurias.

Determinación cuantitativa.—La determinación cuantitativa de la cistinuria permite, aparte de sentar un diagnóstico cierto, ver la gravedad o intensidad de la misma y comprobar los efectos de la terapéutica seguida; normalmente el riñón puede excretar hasta unos 80 mgrs. de cistina en veinticuatro horas, en las cistinurias benignas se eliminan 200-400 mgrs. y en las acusadas se llegan a eliminar 2.000-3.000 mgrs. al día. Se han empleado múltiples métodos, que no detallamos por lo complicado de los mismos; sólo citaremos los más importantes: determinación colorimétrica (Sullivan y Hess), columna cromatográfica (Stein), examen cromatográfico en papel (Bickel, Dient), examen cromatográfico en papel, examen polarográfico (Dent), encayo microbiológico de la cistina (Harper, Hutchin, Kimmel), reacción del nitroprusiato cuantitativa (Coxon, Kolf), alfa-aminonitrógeno (Van Slyke).

Examen del sedimento urinario.—Por el examen microscópico del sedimento urinario se puede encontrar cristales de cistina, de una manera sencilla y rápida; su hallazgo es más frecuente en orinas ácidas; su presencia en orinas alcalinas indica un grado acusado de cistinuria; en caso de que la orina sea alcalina y no se observen cristales de cistina se añadirá ácido acético glacial hasta obtener un pH de 4 y se dejará en reposo durante la noche en la nevera. Al día siguiente, pueden observarse abundantes cristales de cistina. Los cristales de cistina son exagonales, incoloros, en forma de láminas muchas veces superpuestas, pueden confundirse con cristales de ácido úrico si no se tiene en cuenta el detalle de su incoloridad; son solubles en ácido clorhídrico y en amoníaco, y si se añade un exceso de ácido acético a la solución amoniacal, se vuelven a formar los cristales de cistina.

Como vemos, frente a la pobreza de los datos suministrados por la clínica y la radiología, hay una gran riqueza de medios diagnósticos de tipo analítico, de certeza indiscutible, sobre todo si se asocian varios.

IV. Examen de los cálculos

El examen de los cálculos permitirá confirmar su origen cistínico; para ello es importante el aspecto externo; si el cálculo es pequeño suele ser de superficie lisa, a veces afacetada, si es grande tiene tendencia a formar grandes masas coraliformes; la coloración es blanco-amarillenta, con cierto tinte verdoso, más acusado al ponerse a la luz; tienen un aspecto céreo; son poco consistentes, pudiendo cortarse fácilmente si no se han sobreañadido sales cálcicas. Para cerciorarnos del origen cistínico se ensayarán diversas reacciones; pueden emplearse las mismas indicadas para con la orina, en especial la reacción de nitroprusiato; disolviéndolo en ácido acético glacial permiten observar cristales típicos; si se quema un fragmento, da una llama azul pálida y desprende un olor aliáceo y picante; si se coloca con sosa y se acidifica, da lugar a hidrógeno sulfurado.

También el examen de los cálculos nos da datos de certeza sobre el origen cistínico de las litiasis.

A continuación presentaremos brevemente el único caso de cistinuria con litiasis observado:

L. C. F., varón, de 25 años, de profesión viajante; sin antecedentes de importancia. La historia actual se remonta a poco menos de un mes de ser visitado por primera vez en el Dispensario, acusando dolores en región lumbar izquierda, que nunca han revestido gran aparatosidad y han cedido pronto con los tratamientos impuestos, repitiendo a los pocos días; no se acompañan de molestias miccionales, sólo observando el paciente que la orina es más rojiza.

Por examen radiológico se comprueba la presencia de un cálculo bastante voluminoso en uréter terminal izquierdo, con cierta disminución en el funcionalismo renal; en ulteriores observaciones se localiza en fondo vesical, lo que indica la práctica de una cistoscopia que permite observar un cálculo de color blanquecino, algo irregular.

Los datos de laboratorio son los siguientes: hematíes, 4.400.000 por mm.^{3}; leucocitos, 6.000 por mm.^{3}; urea da valores entre 0'45 y 0'50 grs. por mil; velocidad de sedimentación globular de 4 a 8, con un índice de Katz de 4; calcemia, 0'150 grs. por mil, y calciuria, 0'40 grs. en veinticuatro horas. Examen de orina: densidad de 1011, reacción ácida, excepto en una determinación que fue alcalina; en el sedimento se observan bastantes hematíes, algunos leucocitos y abundantes colibacilos, y especialmente se observan de forma continuada cristales típicos de cistina.

Se procedió a efectuar litotricia, obteniéndose fragmentos del cálculo que pesan en total 0'030 grs. Son amarillo-grisáceos, blandos, dando a los exámenes físico-químicos y microscópicos el estar compuestos de *cistina*.

Este caso está pendiente de revisiones periódicas, no habiendo podido localizar a ningún otro miembro de la familia con antecedentes de tipo litiásico.

Como resumen a esta revisión de medios que pueden conducir a un diagnóstico cierto de cistinuria, diremos que solamente los datos suministrados por el laboratorio podrán asegurarlo, pero que aquí, una vez más, es necesaria la acción coordinada de la Clínica y el Laboratorio para poder llegar a conclusiones diagnósticas y así implantar las terapéuticas adecuadas.

RESUMEN

La cistinuria es una manifestación de una enfermedad renal debida a una reabsorción tubular defectuosa de la cistina, conjuntamente con otros tres aminoácidos (lisina, arginina y ornitina), por fallo del mecanismo enzimático de absorción, de tipo congénito. Como consecuencia la cistina puede perder su solubilidad en la orina, con tendencia a la formación de cálculos.

La frecuencia de la cistinuria es muy pequeña y pasa muchas veces sin ser diagnosticada por ser asintomática mientras no se formen cálaulos, lo cual sucede cuando disminuye el aflujo urinario y la reacción del medio tiende a la acidez.

En este trabajo se describe un caso de cistinuria con litiasis y se revisan los medios diagnósticos, unos de ordon clínico y radiológico, en realidad escasos y poco concretos; y otros de orden analítico, éstos muy abundantes y de certeza indiscutible.

Se llega así al conocimiento exacto de este tipo de litiasis, cosa importante respecto al tratamiento, pues si se trata de una cistinuria pura, se puede combatir por medios totalmente médicos, sin tener que recurrir, en muchos casos, a la intervención quirúrgica, intento que sólo podrá hacerse ante unas pruebas demostrativas de garantía y que vienen a demostrar, una vez más, la necesidad de coordinar los datos clínicos con los proporcionados por el laboratorio.

BIBLIOGRAFÍA

PERIANES, J.; MERCHANTE, A., y ALONSO, G. — «Cistinuria familiar con nefrolitiasis.» *Revis. clín. esp.* 72: 42. 1959.

SMITH, KOLB and HARPER.—«The management of cystinuria and cystine-stone disease.» *The Journal of Urology.* 81: 61. 1959.

IV Congrès mèdical international d'Evian. Le lithiase urinaire, 1955.

RODRÍGUEZ DE LA MAZA, M.—«Cistinuria familiar.» *Cirugía, ginecología y urología.* 12: 125. 1958.

PICATOSTE y PATIÑO, J.—«La radiotransparencia e invisibilidad de los cálculos del aparato urinario. Factores que la condicionan.» *Anales de la Casa de Salud.* Valdecilla, 14: 231, 1953.

SCHIEVINI, C. A.—«Cystinurie, cystinose et maladie de Toni-Debré-Fanconi.» *Pediatrie.* XI: 181, 1956.

HOOFT, C., et HERPAL, J.—«Cystinose et cystinurie.» *Annales Paediat.* Supp. 66: 267, 1957.

Dirección Aribau, núm. 211. Barcelona - 6.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960

ATARAXIA

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

ARCAICO neologismo que ha penetrado por la puerta grande en el círculo agitado de la ciencia médica. Este concepto viene teniendo resonancia que se pierde en la historia de los tiempos. No ha existido filosofía, ni doctrina sistemática, que de lo emocional humano no haya hecho cuestión. Todo aquel pensador que ha querido profundizar sobre valores humanos, ha topado con ese constitutivo orgánico funcional de nuestras reacciones y maneras de comportarnos frente a los estímulos del mundo exterior, así como a nuestras propias e íntimas reacciones derivadas de ideas y doctrinas. Todo aquel que se haya propuesto dogmatizar sobre el bienestar y la felicidad de nuestros semejantes, coloca en el primer plano esa ánima específica, que nos agita como seres sensibles a las más profundas diferencias emocionales. Como se ve, lo emocional lleva consigo un pesado lastre histórico, que la ciencia biológica lo ha recogido, dándole un significado más concreto, al describir nuevas perspectivas de correlaciones funcionales entre las distintas fenomenologías de los sistemas neurovegetativos y sistemas de relación.

Siendo el movimiento atributo de la vida, aquello que «se ipsum movet» entre las series de causas de movimiento, lo emocional, constituye una especie, una cualidad propia que le diferencia de las leyes de la circulación de la materia y la energía. Por esta cualidad intrínseca, lo vital, no puede inscribirse en un sistema material y mecánico, que excluya otras causas de inmanencia. Sin una doctrina sobre principios de unidad y finalidad, no existe posibilidad de concebir la dinámica emocional de la vida; porque nosotros objetivamos esta cualidad en todo ser de algún nivel vital, cuyas manifestaciones serán más o menos acusadas, pero siempre concomitantes a la razón vital. Asimismo, dada su naturaleza intrínseca, escapa lo emocional a una determinación matemática de dicha cualidad, por lo que lo vital constituye una razón confluente de problemas en que fracasan las ciencias que prescinden de la materia, pero no de las formas para ser intuida.

En lo humano algo se conmueve entre lo que dicta la razón y lo que abraza la voluntad; en los seres inferiores esta cualidad se concreta en un sistema de reflejos que no tienen más finalidad que la puramente existencial.

Ahora bien, ¿qué clase de dinámica cualifica lo emocional? Lo emocional es potencia que se actualiza como estado de atracción o afinidad, repulsión o indiferencia; modos positivos, negativos y de equilibrio, este último equidistante de los otros como estado ecuánime, ponderado, ataráxico, per-se, que no lo sentimos de modo absoluto porque lo vital es contingente, temporal, imprevisible, siendo

lo habitual una dinámica de estados opuestos, pendulares, alternantes entre una voluntad de sí y de no; el cero emocional, la ataraxia pura, es una cifra inexistente.

La emoción en su generalidad es fenómeno subjetivo, el determinante activo de nuestro yo; aquello que somos, expresamos y sentimos de cierta manera en nuestras relaciones sociales, ya desde un ángulo de entusiasmo, satisfacción, o su opuesto, el odio o rencor, el disimulo, la precaución, la hipocresía, etc., etc. Como causa actual de afectividad, nos dicta sentimientos cuya gama cuantitativa y cualitativa se pierde en el infinito de reacciones psico-físicas, todo lo que inscribe el mundo ético, social, cultural, político y religioso. Desde el plano emocional el hombre es lo que es; es decir, le concedemos una razón psicomaterial, tan articulada y conexa, que nuestro carácter es un exponente número y cifra de la persona. Lo humano es en todos los casos una respuesta que sintetiza una dinámica de objeto y sujeto, entendiendo por objeto la exterioridad cósmica, y por sujeto la razón potencial de una inmanencia vital. Somos portadores de valores contrapuestos, origen de todas las cualificaciones actuales y posibles, y estas fluencias de encontradas corrientes, perfilan nuestro tiempo vital como seres emotivos, porque la razón, por su poder de equilibrio, está siempre en conflicto constante con los sentimientos emocionales.

No diremos nada nuevo si afirmamos que en muchos sujetos lo simplemente emotivo domina el cuadro de la personalidad; en estos casos, la razón se encuentra mediatizada, sirviendo a lo meramente impulsivo o sentimental; son los motivos somáticos en contraposición con los motivos psíquicos, en los cuales los sistemas reflejos de valoración están sobre los puramente orgánicos o vitales. Por lo dicho, se deducirá que existen dos modos específicos de expresión emocional.

Emoción de tipo somático, en la que interviene todo el complejo neurovegetativo como manifestación dinámica de raíz vital propia de los seres organizados, desde los más simples hasta los más superiores, con todos los grados posibles de expresión orgánica y de tan diversa acción refleja como funciones puedan alterarse en cada género o especie, desde los plasmas vivientes, hasta los sistemas celulares más complejos.

Emoción de tipo psíquico; es la propia del hombre; una noticia, un recuerdo, una representación, una situación de agobio, etc., crea a través de nuestros centros cerebrales una dinámica de impulsos reflejos con viva repercusión en nuestros sistemas y aparatos vegetativos, excitando o deprimiendo nuestras funciones fisiológicas, en las que el sistema nervioso, circulatorio, digestivo y hormonal acusan los efectos con mayor o menor intensidad. En lo humano la dinámica emotiva recorre horizontes ilimitados; al lado de lo que tiene una base vegetativa simple y medular, esta dinámica por la condición racional se superan formas y modos de reacción superior provocando estímulos que se condicionan como estados que se llaman sentimientos, en los que acusamos nuestra propia naturaleza vinculada a ciertos movimientos psíquicos.

La emoción de tipo sentimental no presenta una concreta objetividad o proyección de actividades hacia un objeto, sino que es un estado que informa de modo subjetivo los actos corrientes de la vida; así, ha habido épocas románticas, belicistas, beatas, frívolas, conformistas, rebeldes, de conquista, etc., y estos estados que socialmente es una realidad congruente, en los individuos se traduce por esas frases por las cuales pasan las personas en el transcurso de la vida y que no son otra cosa que matices emocionales, verdaderos sentimientos que se desgranan distintos en cada década vital; nuestra contingencia vital es un torrente de emociones con todos los niveles y colores conocidos. La natural evolución de los años, nos crea distintas referencias emocionales; lo que interesa en un tiempo, no interesa ni emociona en otro; la vida es una carrera con los más diversos paisajes emotivos: lo que preocupa al niño, al joven, al hombre, al culto o al inculto, siempre es distinto, emocional.

Sin entrar en el estudio de los casos de hiperemotividad, propios de los estados de neurosis de angustia o ansiedad, provocados ocasionalmente por situaciones irreparables, existe una casuística muy numerosa de sujetos que se encuentran en conflicto consigo mismo, de un modo permanente, los neurópatas, cuya gama de estados clínicos y modos de reaccionar nos sitúan ante problemas de gran trascendencia; aquí, el clínico debe tener presente el principio de unidad vital en todas sus actuaciones, por cuanto el sistema nervioso informa los actos vitales que en última instancia se resuelve en el biotipo, que responde a una arquitectura del sistema nervioso en general, y que si lo hacemos extensivo a los demás seres, cada cual es una representación espacial del sistema propio que lo compone. En este sentido, forma y función, son correlatos de formas y funciones nerviosas, una razón congruente y complementaria entre ambas.

Este criterio nos obliga al estudio y reflexión sobre aquello que debe inspirar nuestras relaciones con los enfermos, por cuanto en todo individuo será su propia razón de inmanencia vital. Tampoco queremos inclinarnos de modo absoluto a una criteriología clínica imponiendo a rajatabla conceptos exclusivos que actúen sobre «lo nervioso», pero entiendo que en el transcurso de los años, hemos adquirido una práctica en la que una discreta y previa atención, teniendo en cuenta «lo nervioso», despeja muchos horizontes, dejando más claros los límites de lo que tratamos de diagnosticar, desenmascarando procesos que, oscuros en un principio, son mejor catalogados después; ya que es práctica científica corriente hacer un espurgo o eliminación de todos los subjetivismos, que como masa informe de síntomas embrollan los primeros contactos con los enfermos. Eso que se ha dado en llamar «ojo clínico» no es otra cosa que una intuición personal que pone en actividad o ejercicio un sentido discriminativo entre lo causal sustantivo y lo reflejo o accidental.

Ahora bien, si nos adentramos en el mecanismo causal que preside lo emocional en los seres vivos, podemos admitir tantas formas específicas como sistemas independientes de relativa autonomía funcional u orgánica existen realmente.

1.° El más general en todo ser animal es el determinante de la sensibilidad motriz o de causa a efecto; puramente mecánico, reflejo, inconsciente, de un nivel ganglionar o medular, según géneros y especies. Su dinámica responde, por un lado, a la simple irritabilidad, cualidad primaria específica de la serie animal, condicionada a causas elementales cósmicas; por otro lado, articulada con la dinámica instintiva en movimientos de afinidad o sus opuestos negativos. Todos sabemos que la respuesta en los animales se cifran en una gama infinita de reacciones, miedo, huida, agresión o lucha, etc. Los modos elementales de reacción emotiva cualifican los seres inferiores en todas sus especies.

En el nivel humano las corrientes de sensibilidad motriz constituyen el nivel más elemental neurovegetativo y de relación, fundamentos puestos al servicio de nuestra mecánica de instintos más o menos definidos, cuyo carácter se cualifica como rango de otra especie en nuestro centro nervioso o hipotálamo, como punto confluente de instancias neuromotoras e instintivas elementales.

2.° Como grado más diferenciado de correlaciones emocionales, situamos lo que está sobre lo puramente mecánico, sensomotor, que se cualifica como movimiento instintivo-afectivo, cuyo centro diencefálico podemos admitir como órgano dotado de corrientes aferentes y eferentes, donde confluyen los estímulos centrípetos y centrífugos; en este sentido, en los seres inferiores su mecanismo es simplista, pun-

tual y de circunstancias, en que el complejo cósmico es la causa de todos sus movimientos. En lo humano, el diencéfalo actúa como centro regulador y distributor de los impulsos y de acciones emotivas; si, por un lado, se relaciona con lo medular o vegetativo, por otro, lo hace con las facultades racionales, cuya resultante es nuestro exponente afectivo y sentimientos. Si es verdad que el hipotálamo regula el sistema vegetativo, y la corteza los mecanismos afectivos y sentimientos, por nuestra parte, a priori, defendemos la tesis que el hipotálamo ordena, regula y transforma la multiplicidad de los estímulos en una serie de efectos que van desde lo más elemental vegetativo, hasta lo de tipo más afectivo en la especie humana. Desde aquí se pueden explicar nuestras reacciones emotivas en sus fundamentos orgánicos, la persona física, sujeto de contingencia y variaciones radicales con toda la rama de secuencias de excitación y depresión, desde un centro de transformación y distribución de impulsos normales y patológicos.

3.º Otro mecanismo, el propio y decisivo de la especie humana es el que cualifica el pensamiento, no como función lógica y espiritual, que es su natural función, su ser propio, sino como inductor causal o condicionante de estados emocionales, en los que el hombre recorre todas las gamas y formas imaginarias, que la clínica ofrece a diario en todo tiempo y lugar; ese lugar común de la emoción psíquica, cuyas corrientes encontradas de los instintos, afectos y razones, se disputan el terreno del yo con sus imperativos, en lucha diaria durante nuestra existencia.

De la síntesis de estas correlaciones dinámicas, resulta nuestro exponente emocional, sinónimo de la persona psíquica o somática, en que el factor cultura nos puede condicionar en un nivel más racional, más ponderado, en nuestros actos y movimientos; en consecuencia, la ataraxia no tiene otra finalidad que penetrar en ese transfondo que constituye nuestra personalidad.

Crítica.—Según nuestra doctrina el equilibrio ataráxico descansa sobre un complejo cuya estructura es preciso valorar en sus elementos funcionales adecuados si se quieren alcanzar los fines apetecidos. Como estos elementos se corresponden en distintos niveles con las respectivas áreas anatómicas, es preciso una ordenación sistemática en la que puede inscribirse aquel dinamismo propio y específico de cada sector neuronal. No es suficiente el asignar a los estados emotivos como fenómenos complejos exclusivos del sistema neurovegetativo, ya que consideramos desde el punto de vista científico un concepto indeterminado, poco definido. Por lo tanto, lo que se trata es de una analítica, una determinación, que sirva de fundamento tanto teórico como práctico, para discernir áreas y vías donde estas corrientes tienen lugar, incluso aquello que dé ocasión a corrientes inversas y efectos contrapuestos.

Aunque parezca lo contrario, nuestras indagaciones y conocimientos dinámicos no están en ese límite de discriminación real entre las distintas series neuronales. Sobre los cursos emocionales poco se puede decir en concreto, porque si sólo nos circunscribimos al diencéfalo como lugar común de una mecánica emocional, los demás elementos de asociación inferior y superior quedan marginados tácitamente; cuando en lo vital, si se prescinde de la correlación de partes, la regla, es el juicio empírico. Provisionalmente podemos, y en ello no hay inconveniente en conceder al diencéfalo un valor de distribución de estímulos, un centro donde se conjugan dinámicas diversas y hasta opuestas. Con todo esto, por sí solo, no podemos atribuir una función que sea ajena al principio de unidad individual.

Por el esquema que hemos propuesto, y que responde a una analítica de niveles o especies funcionales de menor a mayor complejidad vital, partiendo de lo más elemental, la función nutritiva, pasando después a los reflejos instintivos, para elevarlos en el hombre a los reflejos primarios e inconscientes, en concomitancia con los reflejos que condicionan los distintos estados de conciencia superior y sentimientos, como potencias a priori, subjetivas por sí mismas de nuestras reacciones y movimientos orgánicos, se intenta discernir lo que es confuso e indistinto.

La neurología actual se encuentra con perspectivas ilimitadas. No está lejana la época, sobre las grandes experiencias sobre el universo neuronal, cuya nobleza obliga a las más diversas experiencias, entre las que incluímos las que pueden dirigirse hacia esas oscuras e indefinidas fronteras entre lo vegetativo e instintivo, como esas otras zonas indivisibles entre el instinto y los sentimientos, entre éstos y la voluntad, ésta y la potencia racional, que todavía son campos donde no hemos puesto el pie, y que creo se llegará en un futuro no muy lejano; ¿qué duda cabe que nuestro psiquismo instintivo, sentimental o afectivo, y el racional, exige una sistemática anatomofuncional en consonancia con nuestros modos de concebir la fenomenología de nuestro ser psíquico?

La actual trayectoria de las ideas sobre la ataraxia nos empuja hacia términos insospechados, hacia experiencias originales, que no podemos descubrir sus alcances.

Por otra parte, estos fundamentos deben dirigir nuestras farmacologías, para que, desde estos puntos de vista distintivos, respondan a las indicaciones propias de cada caso clínico, puesto que cada sujeto presenta una receptividad propia a los estímulos.

Obvio es declarar que ante la entidad ataraxia, no estamos enfrentados con las manifestaciones álgicas o dolor, sino que se trata de algo muy distinto y flúido por sus correlaciones generales, tanto por los estados de excitación como los de depresión que afectan al ser en general, con las repercusiones propias sobre nuestro psiquismo, en sus manifestaciones afectivas y racionales, sobre todo en ese plano en que lo subconsciente y consciente se interfieren con su doble faz, con sus oscuros impulsos vegetativos y voliciones racionales, determinantes de las más disputadas doctrinas, entre las que destaca el sistema freudiano con su complejo de tesis sobre la represión del subconsciente; la revalorización de la esfera genital en la vida psíquica; la transferencia afectiva, como agente de interrelación personal, etc., lo cual nos sitúa ante causas y efectos que se distribuyen entre el soma y la psiquis en una medida que debemos poner en consideración clínica con los medios terapéuticos más apropiados.

Llegados aquí, no podemos pasar por alto lo que se entiende por el concepto «stress», por cuanto responde a etiologías muy diversas, entre las que debemos incluir las tensiones emotivas, como determinantes «stressores» en los diversos sistemas orgánicos, que alterando los mecanismos de regulación de los centros vegetativos, dan lugar a desequilibrios psico-somáticos, cuyo índice de repercusión afectan los órganos más dinámicos y vitales, como son el corazón, estómago, sistema vascular, hormonal, etc., etc., rindiendo un tributo de emergencia clínica a los cuales hacemos frente en todo momento.

RESUMEN

Se exponen consideraciones doctrinales sobre la complejidad del mecanismo emocional cuyas causas eficientes determinan estados que alteran nuestro fisiologismo en sus niveles vegetativo, instintivo y racional, por lo que la clínica se sitúa ante hechos que debe valorar en sus diferentes manifestaciones, que comprenden desde las más simples alteraciones orgánicas hasta los más graves casos de urgencia.

Dirección: General Franco, 66. Zaragoza.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960

ASPECTOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ENFERMEDAD DE PERTHES Y LA DISGENESIA EPIFISARIA HIPOTIROIDEA

POR LOS

DRS. M. ALVAREZ COCA, E. ORNILLA y J. L. FERNÁNDEZ GALLEGO

BILBAO

Creemos tiene cierto interés clínico el diagnóstico diferencial entre la disgenesia epifisaria hipotiroidea y la enfermedad de Perthes, aunque no se suele citar en libros y revisiones de conjunto, pero en la clínica más de una vez nos quedamos perplejos, pues la dificultad para establecer la diferencia entre los dos cuadros es tan grande que nos vemos obligados a esperar el resultado terapéutico.

Uno de nosotros (Alvarez Coca) ya estableció en distintas publicaciones el esquema diferencial; por eso hoy solamente nos vamos a referir a los datos fundamentales y al estudio de algunos casos clínicos.

Podemos establecer el diagnóstico diferencial entre estos cuadros fundándonos en las siguientes características:

1.ª En la enfermedad de Perthes hay alteración secundaria de un núcleo óseo primitivamente normal que se fragmenta. En el mixedema la disgenesia epifisaria aparece durante la formación de núcleos de osificación. Si tenemos radiografías previas a la aparición del cuadro se facilita mucho el diagnóstico.

2.ª En la enfermedad de Perthes la edad ósea suele ser normal y corresponder a la edad cronológica del enfermito. En la disgenesia epifisaria hipotiroidea la edad ósea está retrasada en relación con la edad cronológica.

3.ª En la disgenesia epifisaria hipotiroidea el cuadro afecta prácticamente a todos los huesos en crecimiento, pero se hace más manifiesta en las epífisis femorales. La enfermedad de Perthes suele afectar solamente a una epífisis femoral, siendo muy raras las formas bilaterales.

4.ª En los casos de formas bilaterales de la enfermedad de Perthes, las lesiones de las cabezas femorales con su correspondiente expresión radiográfica se encuentran generalmente en distinto período evolutivo, pues mientras en un lado puede existir la fase de achicamiento y condensación del núcleo con el clásico ensanchamiento del espacio articular, en la otra cadera aparece la fase de fragmentación de la epífisis o se encuentra en plena reconstrucción, siendo raro la coincidencia con la fase residual artrósica.

En la disgenesia epifisaria hipotiroidea los núcleos óseos, aunque retrasados, suelen llevar una evolución armónica, aunque siempre uno de ellos está más evolucionado.

5.ª En la disgenesia epifisaria e hipotiroidea hay claros síntomas mixedematosos con profundo retraso somático sexual y psíquico.

En la enfermedad de Perthes se suele tratar de niños normales y muy raramente se añaden discretos síntomas hipotiroideos.

6.ª Pero hay casos con hipotiroidismo discreto y alteraciones óseas de la cabeza del fémur que nos recuerdan la disgenesia epifisaria hipotiroidea (epífisis punteada de Wilkins) y la enfermedad de Perthes en fase de fragmentación epifisaria, siendo entonces tan difícil su diferenciación, a pesar de los métodos diagnósticos apuntados, que debemos tratar a los enfermitos como si se tratase de casos de Perthes y añadir la opoterapia tiroidea correspondiente observando la evolución clínica y ósea, para evitar secuelas derivadas de un error diagnóstico.

Tomamos de nuestros ficheros únicamente los siguientes casos:

CASO N.º 1.—M. A. R., de 3 años, varón. Natural de Quintana (Alava).

Antecedentes familiares: Padres sanos. Dos hermanos sanos, uno muerto por asfixia.

Antecedentes personales: Lactancia materna hasta los seis meses. Dentición a los seis meses. Anda a los diecisiete meses. También a los seis meses, espasmofilia y varicela. Psiquismo normal.

Enfermedad actual: Hace tres meses, claudicación de extremidad izquierda. Dolor en ingle.

Exploración: Peso, 12 kilogramos. Talla, 89 centímetros.

Microadenopatías en cuello. Diastasis de rectos. Vientre prominente.

Genu valgum. Pie plano.

Ligera limitación de movimientos a la abducción. Discreta atrofia de muslo izquierdo. Dolor a la presión de cabeza femoral izquierda.

Reacción de tuberculina, negativa.

Sangre y orina, normales.

Edad ósea controlada por radiografía de mano: normal.

Radiografías de cadera: Imágenes típicas de Perthes en abeza femoral izquierda.

Tratamiento: Tunelización y reposo. Curación.



CASO NÚM. 1.—M. A. R.
RADIOGRAFÍA EL 24 - IX - 54



CASO NÚM. 2.—J. S. F.
RADIOGRAFÍA EL 7 - II - 52

CASO N.º 2.—J. S. F., de 3 años, varón. Natural de Ortuella (Vizcaya).

Antecedentes familiares: Padres sanos. Nueve hermanos. Uno fallecido de neumonía y otro al nacer. Madre, tres abortos.

Antecedentes personales: Lactancia materna hasta los cuatro meses. Dentición a los once meses. Anda a los diez meses. Sarampión y difteria a los dos años y medio.

Enfermedad actual: Hace dos meses claudicación con dolor de cadera izquierda.

Exploración: Peso, 13 kilogramos. Talla, 91 centímetros.

Paladar ojival. Incurvación de tibias y pies planos. Abducción de muslo izquierdo limitada con atrofia de un centímetro y acortamiento de extremidad izquierda de un centímetro.

Sangre y orina normales.

Tuberculina negativa.

Puntos de osificación de mano, normales.

Radiografías de cadera. Típica enfermedad de Perthes en cabeza femoral izquierda.

Tratamiento: Vendaje de yeso. Tunelización. Curación.

CASO N.º 3. — J. M. G., de 8 años, varón. Natural de Mañaria (Vizcaya).

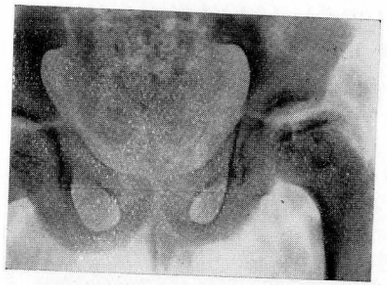
Antecedentes familiares: Padres sanos. Nueve hermanos, uno muerto de pequeño. Es hermano gemelo.

Antecedentes personales: Lactancia materna hasta los doce meses. Dentición a los doce meses. Anda a los veinticuatro meses.

Sarampión a los seis años.

Psiquismo normal.

Enfermedad actual: Hace un año se cayó desde una tapia de dos metros de altura, claudicando de la extremidad izquierda desde aquella fecha.



CASO NÚM. 3. — J. M. G.
RADIOGRAFÍA EL 16 - IV - 55

Exploración: Peso, 23 kilogramos. Talla, 119 centímetros. Caries. Micropolisdenia.

Turricefalia con prominencia de suturas craneales. Surcos de Harrison.

Vientre prominente.

Pie valgo. Cadera izquierda basculada con ligera claudicación.

Atrofia de centímetro y medio en muslo izquierdo y de un centímetro en la pierna del mismo lado. No hay acortamiento. Limitación a la abducción y rotación.

Tuberculina negativa.

Sangre y orina: normales.

Puntos de osificación de manos: normales.

Radiografía de cadera: Típica enfermedad de Perthes en cabeza femoral izquierda.

Tratamiento: Vendaje de yeso. Tunelización. Resultado funcional de tipo artrósico (flexión en abducción).

CASO N.º 4. — F. B. Z., de 3 años, varón. Natural de Bilbao.

Antecedentes familiares: Nada de particular. Padres sanos.

Antecedentes personales: Lactancia materna hasta los diez meses. Marcha a los dieciocho meses. Dentición a los quince meses. Habla tarde. Traumatismo de cráneo con fisura ocipital a los tres meses.

Enfermedad actual: Se cayó de una altura de tres metros, de pie, y después de aquejar algunas molestias se puso bien. Al mes se cansa y claudica de extremidad derecha.

Exploración: Peso, 14 kilogramos. Talla, 90 centímetros.

Acortamiento aparente del miembro derecho de un centímetro. Discreta atrofia del muslo derecho.

Piel áspera. Discreto aspecto hipotiroideo.

Sangre: Hematimetría normal.

Colesterinemia: 2'2 gramos por mil.

Orina: normal.

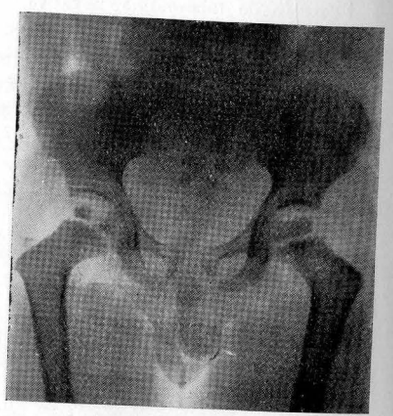
Tuberculina negativa.

Puntos de osificación de manos discretamente retrasados.

Radiografía de cadera: fragmentación de la cabeza femoral derecha.

El núcleo de osificación de la cabeza femoral izquierda es normal.

Fundándose en el aspecto hipotiroideo algunos clínicos diagnostican disgenesia epifisaria hipotiroidea. (Epifisis punteada de Wilkins.)



CASO NÚM. 4. — F. B. Z.
RADIOGRAFÍA EL 18 - XII - 58

Nosotros establecemos el *diagnóstico* de enfermedad de Perthes asentando sobre discreto fondo hipotiroideo.

Tratamiento: Yeso, Reposo. Tiroidina. Curación.

CASO N.º 5. — J. M. U., 8 años, varón. Natural de la provincia de Vizcaya.

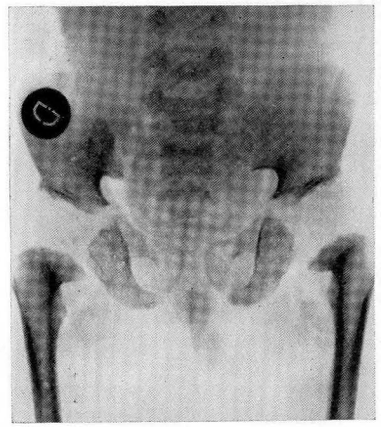
Antecedentes familiares: Sin interés. No hay bocio en los padres ni en los hermanos, que son normales. El pueblo donde habita no es zona de endemia bociocretínica.

Antecedentes personales: Nacido a término en parto normal. El embarazo de la madre fue normal. Lactancia materna hasta los seis meses.

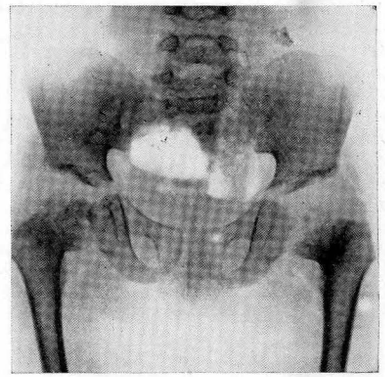
Enfermedad actual: Los padres observan que es un niño muy tranquilo con lengua muy grande y que no progresa. La erupción dentaria se presentó a los tres años, con piezas dentarias de mala calidad con hipoplasia del esmalte. A los dos años comenzó a andar de manera torpe. Nunca llegó a hablar. La piel se hizo escamosa y fría, y la cara tomó aspecto estúpido. En el momento actual no ha cambiado ningún diente.

Exploración: Aspecto cretínico y marcado mixedema. Peso, 13 kilogramos. Talla, 80 centímetros (corresponde a dos años).

Marcha torpe, pero no claudica.



CASO NÚM. 5. — J. M. U.
RADIOGRAFÍA EL 25 - XI - 55



CASO NÚM. 5. — J. M. U.
RADIOGRAFÍA EL 26 - IX - 57

Profundo retraso somático sexual y psíquico. La edad ósea corresponde a menos de dos años. (Radiografías de mano.)

Hematimetría y orina: normales.

Colesterinemia: 4 gramos por mil.

Tuberculina negativa.

Radiografía de pelvis: 25 - XI - 1955. Aspecto condrodistrófico. Se observan tres puntos de osificación en cabeza femoral derecha. No se observa ningún punto de osificación en cabeza femoral izquierda.

Diagnóstico: Mixedema congénito. Profundo retraso somático sexual y psíquico. Edad ósea corresponde a menos de dos años. Aspecto condrodistrófico. Disgenesia epifisaria hipotiroidea. Es sometido a tratamiento con opoterapia tiroidea haciendo la vida ordinaria, y el 26 - IX - 1957 se le practica una nueva radiografía. Se observa un gran avance en la osificación de la cabeza femoral, observándose mayor progreso en la del lado derecho. Poniéndose de manifiesto una clara disgenesia epifisaria hipotiroidea más manifiesta en el lado izquierdo.

Como el enfermo ha tenido un gran avance en su desarrollo somático y psíquico, hasta el extremo que habla perfectamente y ha crecido veinte centímetros, habiendo desaparecido el mixedema y mostrando un aspecto normal, incluso inteligente, ante estas radiografías podríamos diagnosticar fácilmente una enfermedad de Perthes bilateral más intensa en lado izquierdo, ya que se observa incluso el ensanchamiento del espacio articular.

La historia clínica y el reconocimiento general del enfermo aclaran el diagnóstico; estamos ante una clara epifisis punteada que se presenta más manifiesta en la fase de evolución de un mixedema tratado.

Continúa el tratamiento opoterápico del enfermo y el 28 - X - 1959 se practica una nueva radiografía, observándose que los distintos puntos de osificación de la cabeza epifisaria han confluído tomando un aspecto bastante homogéneo.

RESUMEN

Llamamos la atención sobre el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Perthes y la disgenesia epifisaria hipotiroidea, no citado por la mayoría de los autores y que tiene indudable aplicación práctica, ya que, a veces, la diferenciación de estos dos cuadros por sus manifestaciones óseas se hace muy difícil. El error diagnóstico puede traer derivado un error terapéutico de consecuencias funestas para el enfermo en el aspecto anatómico y funcional.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ COCA, M. — «Doce lecciones sobre patología del tiroides.» Ed. Cient. Méd. Barcelona, 1953.
BLATT, ZELDES, GOODFRIEND. — *Am. Jour. Dic. Child.* 1944, 67, 480.
BRAID. — *Brith. Med. Jour.* 1951, I, 1.169.
BRAILSFORD. — «Radiology of bones and joint.» Churchil. London. 1948.
BRAILSFORD. — *Jour. Bone and joints Surg.* 1952, 34 B, 53.
CAFFEY. — «Pediatric. X Ray Diagnosis.» Year Book Pub. Chicago. 1945.
CROOKE. — *Schweiz. Med. Wochnsch.*, 1953, 83, 194.
ERNOULD. — *Ann. D'Endocrinol.*, 1955, 16, 136.
KATZ. — *Jour. Bone. and Joint Surg.*, 1955, 37 A, 842.
MARAÑÓN. — «El crecimiento y sus trastornos.» Espasa Calpe. Madrid. 1953.
MUSSIO FOURNIER. — «Tratado de Endocrinología Clínica.» Kraft. Buenos Aires, 1960.
REILLY Y SMITH. — *J. Pediat.*, 1937, 11, 786.
RITVO. — «Bone and Joint X Ray Diagnosis.» Henry Kimpton. London. 1955.
SCHINZ. — «Röntgendiagnóstico.» Salvat. Barcelona. 1947.
WILKINS. — *J. Clin. Endo.*, 1941, 1, 91.
WILKINS. — *Am. Jour. Dis. Child.*, 1941, 61, 13.
WILKINS. — *Jour. Med. Ass.*, 1941, 116, 22.

Dirección: Alameda Recalde, 76. Bilbao.



CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
CATEDRÁTICO: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

ACCIÓN DE LA IPRONIACIDA SOBRE LA GLUCEMIA DE TUBERCULOSOS

POR LA

SRTA. SARA BRICEÑO CISNEROS

LIMA (PERÚ)

DESDE 1951 una nueva sustancia farmacológica, la iproniazida, ha venido a agregarse al arsenal terapéutico, y aunque al principio se presentó como tuberculostático, poco después se comprobó su acción en procesos morbosos localizados en el corazón y después en afecciones mentales.

La iproniazida la sintetizó FOX y GIBAS en abril de 1951, siendo la 1-isonicotinil 2-isopropil hidrazina.

Su actividad farmacodinámica ha dado lugar a que se celebren en New York, en el intervalo de un año, dos *Simposium* con carácter internacional, en los cuales se puntualizaron sus efectos favorables en angina de pecho y en depresión mental, abriendo nuevos horizontes terapéuticos en cardiología y psiquiatría, respectivamente.

Este trabajo, que estudia la acción de la iproniazida sobre la glucemia de los tuberculosos, consta de las siguientes partes: En la primera, refiero, en forma breve, la acción farmacológica de la iproniazida; en la segunda parte expongo los conocimientos actuales sobre la influencia de la iproniazida, sobre los metabolitos sanguíneos; en la tercera, relato las investigaciones efectuadas e interpreto los resultados; por último, formulo las conclusiones y cito la bibliografía consultada.

Expreso mi agradecimiento al doctor Carlos A. Bambarén, Catedrático de Farmacología y Posología en la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad Nacional de San Marcos, de Lima, por sugerirme el tema y orientarme adecuadamente; al doctor Juan Escudero Villar, jefe del Servicio Santa Rosa del Hospital «Dos de Mayo», que gentilmente me proporcionó pacientes; al doctor Jorge Prado, por la valiosa cooperación que me prestó; al doctor Félix Castillo, jefe del Laboratorio Central del Hospital «Dos de Mayo», por las facilidades que me otorgó para las investigaciones bioquímicas; a la Q. F. Srta. Ada Villanueva, Hemerotecaria de la Facultad de Farmacia de Lima, por su colaboración en los cálculos matemáticos-estadísticos, y a los Laboratorios Hoffman La Roche, de Basilea, que por intermedio de la Química Suiza, S. A., sus representantes en Lima, me proporcionaron iproniazida, que se expende con el nombre patentado de «Marsilid».

Acción farmacológica de la iproniazida

La iproniazida se usó al principio como tuberculostático; en 1952, a pesar de su acción terapéutica, fue temporalmente abandonada por sus efectos secundarios.

Desde las primeras investigaciones, la iproniazida, sintetizada por Fox y Gibas [20] mostró franca acción anabólica, que repercute benéficamente sobre el organismo del tuberculoso, ya que aumenta de peso.

Después se la utilizó como estimulante psíquico, en el tratamiento de la depresión endógena, con resultados favorables; pero antes se la utilizó en el tratamiento de algunas cardiopatías.

La iproniazida da buenos resultados en tuberculosis pulmonar y ósea, trastornos mentales,, angina de pecho, hipertensión arterial, dermatopatías y enfermedades del colágeno, como reumatismo.

In vitro la actividad de la iproniazida sobre el mycobacterium tuberculosis, es menos potente que la isoniazida. *In vivo* la comparación de la actividad entre isoniazida e iproniazida difieren según la especie utilizada; mientras que en la tuberculosis experimental del ratón, cobayo y conejo, el poder protector de la iproniazida es ligeramente inferior al de la isoniazida; en el hombre la actividad tuberculostática de la iproniazida parece igual e incluso superior a la de la isoniazida.

David M. Bosworth [8] destaca que «además de su acción bacteriostática sobre el mycobacteria tuberculosis, este medicamento tiene efecto marcado sobre los tejidos».

Su eficacia en la tuberculosis experimental del ratón fue comprobada por E. Grumberg y R. J. Schnitzer [22], y en la tuberculosis humana por I. J. Selikoff, E. H. Robitzek y G. G. Ornstein [36], quienes señalaron en la primera comunicación acerca de los derivados del ácido isonicotínico en la quimioterapia de la tuberculosis humana, que el estímulo sobre el sistema nervioso central debe anotarse entre los efectos colaterales del medicamento. Los ensayos en enfermos con tuberculosis pulmonar muy avanzada, fueron excelentes.

David M. Bosworth [9] usó iproniazida y estableció que tenía propiedades valiosas en la tuberculosis.

Experimentos realizados por W. M. Benson, P. L. Stefko y M. C. Roe [5], demostraron que la isoniazida e iproniazida ejercen efectos farmacodinámicos de menor cuantía cuando se administran a los animales en pequeñas dosis únicas.

La administración repetida de iproniazida en reducida concentración en el alimento de las ratas, no ejerció efectos nocivos sobre el crecimiento, la fórmula eritrocítica, la cantidad de hemoglobina o el aspecto macroscópico de los tejidos; el mismo experimento realizado en perros, durante trece semanas, fue tolerado moderadamente bien, pero provocó alteraciones en el sistema retículo-endotelial.

J. A. Flaberty [19] destacó los efectos terapéuticos de los compuestos hidrazídicos del ácido isonicotínico en enfermedades mentales y en tuberculosis. Enfermos con alcoholismo crónico, que tenían apatía y depresión mental, y, desde luego, tuberculosis, después del tratamiento con iproniazida, los trastornos mentales desaparecieron rápidamente.

La iproniazida en la tuberculosis pulmonar humana produce efecto benéfico definitivo, sintomático, anatomopatológico y bacteriológico. Los efectos sintomáticos de la iproniazida se manifiestan por cicatrización de las lesiones, aumento de apetito y peso y disminución de los síntomas pulmonares.

E. H. Robitzek e I. J. Selikoff [31] encontraron en cuarenta y cuatro casos de tuberculosis pulmonar, que la iproniazida ejercía importante efecto terapéutico sobre la evolución de dicha enfermedad.

R. G. Bloch, A. S. Dooneief, A. S. Buchberg y S. Spellman [7], en ciento catorce enfermos de tuberculosis pulmonar obtuvieron excelentes resultados. Después de amplia investigación, concluyen que debe emplearse para el tratamiento de pacientes cuidadosamente seleccionados, en los que los síntomas y el estado físico requieren mejorar rápidamente su estado general.

La iproniazida tiene efecto anabólico evidente, ya que no solamente aumenta el apetito y el peso, sino que estimula la cicatrización de las heridas.

D. M. Bosworth, J. W. Fielding, M. G. Acosta y L. M. Demarest [8] estudiaron los resultados y efectos secundarios de la iproniazida en la tuberculosis ósea y articular en ciento cuarenta y dos enfermos, con resultados óptimos, que compararon con veintiún enfermos con lesiones óseas y articulares no tuberculosas. En todos, la iproniazida produjo modificación notable de las condiciones generales, con retorno del apetito, alivio del dolor y aumento de peso. Concluyeron afirmando que se ha agregado una potente y nueva droga para la asistencia, control y curación de las lesiones no tuberculosas de los huesos y articulaciones.

El efecto anabólico, antipirético y antiinflamatorio, hizo suponer que la iproniazida podría tener una acción hormonal de tipo suprarrenal. El hecho que no modifique el metabolismo basal, la diuresis, la excreción de cloruros, la regulación de la glucemia, etc., hace más verosímil pensar en acción diencefálica a través del sistema enzimático amino-oxidásico.

M. R. Lichtenstein y E. Mizemberg [24] comprobaron que la iproniazida podría ser administrada durante mucho tiempo sin serios inconvenientes, produciendo aumento de peso corporal y estado de bienestar, atribuible no a su poder tuberculostático, sino a su acción anabólica.

M. F. Cardis [10] estudió el efecto anabólico de la iproniazida en cuarenta y tres enfermos tuberculosos crónicos, que presentaban deficiencia ponderal marcada; después del tratamiento obtuvo aumento de peso de seis kilogramos por término medio.

V. Baroni, N. Lukinovich y N. Di Marco [4] administraron iproniazida a cinco enfermos con mínimas lesiones tuberculosas a punto de estabilizarse, empleando 4 mgrs. por kilogramo de peso, durante un período de tres semanas, comprobando aumento ponderal medio de tres kilogramos en todos los casos.

A. S. Dooneief y E. G. Crane [17] ensayaron la iproniazida en veinticuatro enfermos tuberculosos cuyo estado general era deficiente con el objeto de obtener una rápida mejoría sintomática. Los resultados fueron excelentes, afirmando que la iproniazida tiene valor como tratamiento auxiliar en los enfermos con tuberculosis avanzada, muy debilitados.

En resumen, se puede afirmar que la iproniazida tiene franca acción anabólica y tuberculostática.

Otra aplicación farmacológica que en la actualidad está adquiriendo mucha importancia, es la acción de la iproniazida como psico-estimulante.

E. A. Zeller, J. Barsky, J. Fouts, J. R. Kirchheimer y L. S. Van Orden [40] demostraron que la iproniazida es potente inhibidor de la mono-amina-oxidasa, enzima que degrada las aminas simpático-miméticas, particularmente la serotonina.

La iproniazida, al bloquear la acción de la mono-amino-oxidaxa, mantiene en el sistema nervioso central, especialmente en el hipotálamo y corteza cerebral, concentración óptima de aminas simpático-miméticas, dando lugar a una acción psicoestimulante, es decir, que la ipronizida se comporta, en parte, como antagónica de ataráxicos o tranquilizadores.

La depresión frecuentemente resulta de déficit de energía; cuando ésta se restablece adecuadamente por la iproniazida, el estado de depresión es sustituído por otro, no de euforia, que es estado anormal de reacción, sino de eudemonia, sensación de bienestar y felicidad.

Se sostiene que la iproniazida actúa más selectivamente sobre la «fuente básica de energías» que los otros psicoestimulantes, produciendo sensación de eudemonia, pero, además, tiene acción anabólica, que se manifiesta por aumento de apetito y, como consecuencia, aumento de peso.

H. SALZER y M. LURIE [33] han utilizado con éxito los derivados del ácido isonicotínico en los estados depresivos y ansiosos.

E. G. CRANE [14] estudió en diecinueve enfermos tuberculosos las reacciones psicológicas que se producen por la iproniazida, concluyendo que podía utilizarse como estimulante en enfermos deprimidos, dado que existe amplio margen de inocuidad entre las dosis tóxicas y las terapéuticas.

E. G. CRANE [15] en una nueva investigación trató veinte tuberculosos debilitados, con el propósito de mejorar su depresión psíquica y condiciones mentales. El 60 por ciento de esta serie de enfermos obtuvieron considerables beneficios del tratamiento con iproniazida, si bien en algunos casos fueron temporales, por lo menos dos enfermos con ansiedad aguda y fobias, quedaron libres de estos síntomas, como resultado del tratamiento con la iproniazida; concluyeron que la iproniazida facilita la recepción de los estímulos fortuitos del exterior y al mismo tiempo incrementa la energía general psicoestésica.

VÍCTOR SORIANO [34], de Montevideo, empleó iproniazida a la dosis de 150 miligramos por día, en estados depresivos crónicos, en cierto modo abandonados por la ineficacia de otras terapéuticas, comprobando que todos los enfermos mejoraron su estado deplorable; de absolutamente sin voluntad y sin interés por las cosas, se transformaron en personas activas, atentas al medio ambiente y con lucidez mental moral.

T. R. ROBIE [29] consideran que es necesario un tiempo de cuatro semanas como mínimo, para valorar la eficacia de la iproniazida; en sesenta y cinco enfermos, al cabo de ocho meses de tratamiento, cuarenta y seis casos ofrecieron resultados muy favorables.

T. R. ROBIE [30], en un estudio posterior en cincuenta enfermos con diversas psicosis, sustituyó el electrochoque por la iproniazida; los resultados obtenidos fueron apreciables.

EDGARDO ROLLA, ROBERTO POLITO, RICARDO AVERBURG y MARIO RODRÍGUEZ ARIAS [32], de Buenos Aires, en más de ciento treinta casos de estados depresivos han obtenido excelentes resultados.

La efectiva acción de la iproniazida la comprobaron mediante la administración de un placebo en forma de comprimidos; en la mayoría de casos la recaída se presentaba casi inmediatamente.

GUSTAVO FRANCISCO POCH [28], de Buenos Aires, afirma que es indudable la acción benéfica de la iproniazida en las depresiones endógenas.

En resumen, la iproniazida como psicoestimulante puede administrarse con excelentes resultados en las psicosis endógenas y exógenas y en los estados de depresión no psicóticos.

La acción antiálgica de la iproniazida en la angina de pecho es propiedad interesante de esta sustancia farmacológica. La comprobó, en 1957, T. CESARMAN [11], del Instituto de Cardiología de México. En cuarenta y un enfermos con angor pectoris, a los que administró iproniazida en la dosis de 150 mgrs. al día, comprobó desaparición del síndrome anginoso, abolición del dolor y aumento de la capacidad al esfuerzo. Concluye diciendo que «es medicamento específico para la angina de pecho, y el estudio de su modo de acción dará luces importantes sobre la fisiopatogenia del angor pectoris».

P. COSSIO [12], de Buenos Aires, en vista de los favorables resultados obtenidos por CESARMAN, estudió en treinta y seis casos de angina de pecho la acción de iproniazida, obteniendo resultado satisfactorio en 70 por ciento y nulo en el 30 por ciento restante.

P. COSSIO [13], en trabajo posterior, describe los resultados obtenidos con isoniazida e iproniazida en ciento veinte enfermos con angina de pecho, llegando a la conclusión que la isoniazida y la iproniazida están indicadas en todo caso de angina de pecho, pero con más probabilidades de éxito cuanto más intervenga el factor emocional y cuanto menos progresiva sea la evolución de la enfermedad.

Aún no se conoce el mecanismo por el cual actúa favorablemente la iproniazida en la angina de pecho; se supone que sea de naturaleza metabólica, a través de procesos enzimáticos, siendo poco probable que sea de tipo analgésico o vaso dilatador.

A diferencia de otras sustancias psicoestimulantes, la iproniazida no aumenta la tensión arterial, sino que más bien se comporta como hipotensor.

J. B. O'CONNOR, K. S HOWLETT y R. R. WAGNER [27] han encontrado entre los efectos del fosfato de iproniazida en conexión con el aparato cardiovascular, una disminución de la tensión arterial, independiente de su acción tuberculostática, pues también se produce en pacientes con hipertensión arterial no tuberculosos.

E. H. NUSSBAUN, W. LEEF, V. D. MATTIA y E. HILLMAN [26] utilizaron el efecto hipotensor de la iproniazida en dieciséis enfermos con hipertensión, obteniendo resultado favorable en 62 por ciento.

Concluyen diciendo que si es prematuro recomendar la iproniazida para el tratamiento de la hipertensión arterial, los resultados obtenidos justifican continuar estudiando en los hipertensos este medicamento, solo o asociado a otros agentes farmacológicos hipotensores.

En las enfermedades del colágeno también se ha utilizado con éxito la iproniazida. En diferentes tipos de reumatismo, H. BANGHAR [2] comprobó efecto benéfico en apreciables porcentaje de casos, tanto para los síntomas subjetivos, como para los signos objetivos, mejorando en los enfermos el humor, apetito, tono muscular y fuerza. La iproniazida actuaría por sus propiedades antiinflamatorias, anabólicas y psicoestimulantes.

A. L. SCHERBEL [35] ha estudiado los efectos de las hidrazidas del ácido isonicotínico sobre las manifestaciones subjetivas y objetivas de los enfermos con artritis reumatoidea, encontrando que todos los enfermos respondieron favorablemente, especialmente al comienzo de la enfermedad o una vez estabilizada.

P. A. VIGLIOGLIA [38] ha encontrado 54 por ciento de resultados favorables en el uso de iproniazida en la psoriasis localizada o generalizada.

También se ha utilizado la iproniazida en Geriatría, Oncología y en el acné vulgaris, con excelentes resultados.

EDWARD SETTEL [37], en cuarenta y tres individuos ancianos, ha encontrado que la iproniazida, por el efecto energizante que produce, es eficaz para combatir la depresión en el enfermo anciano.

JEANNE BATEMAN [3] ha comprobado la acción de la iproniazida sobre el cáncer avanzado en veintidós enfermos, obteniendo excelentes resultados.

JACOB BLEIBERG [6] ha obtenido resultados favorables en ciento treinta casos de acné vulgaris.

La iproniazida está contraindicada en casos de epilepsia, insuficiencia renal y en enfermos con hepatitis, aunque esto último aún no está comprobado, pues ARTHUR FELIX, ERNEST SCHWARTZ y HAROLD RIFKIN [18] han realizado experimentos en perros y monos, no revelando lesión hepática después de muertos.

Durante el tratamiento con iproniazida se describen efectos secundarios, como hiperreflexia, calambres, insomnio, estreñimiento, hipotensión, sudoración, cefalalgia y sequedad de la boca. Todos estos síntomas desaparecen al disminuir la dosis.

La iproniazida, como la digitalina, cortisona y otros medicamentos muy activos, necesita para producir resultado óptimo que se observe posología individual. Mientras que la fracción isonicotínica de la iproniazida se elimina rápidamente por la orina, la fracción isopropil hidrazínica, la parte activa, no se elimina, probablemente por quedar fija a la mono-amino-oxidasa. Esta fijación es muy intensa e incluso irreversible, con grandes dosis; por este motivo la iproniazida tiene efecto acumulativo, por lo que se debe reducir la dosis una vez conseguida la mejoría.

Concluyendo, se puede afirmar que la iproniazida ha abierto nuevos horizontes en la terapéutica moderna y en el campo de la farmacología.

ACCIÓN DE LA IPRONIAZIDA SOBRE METABOLITOS SANGUÍNEOS

Los metabolitos son productos esenciales para la vida o para la actividad de los seres vivos, según D. W. WOOLLEY [39], juegan papel decisivo en las reacciones metabólicas; se les llama frecuentemente «metabolitos esenciales» o simplemente metabolitos; pueden ser vitaminas, hormonas, aminoácidos, lípidos, glúcidos, etc.

Los metabolitos participan en la homeostasis y regulan, en general, la vida y las variaciones del organismo, sea en estado de salud o morboso, pudiendo contribuir sus variaciones cuantitativas, al convertirse en datos semiológicos, en elementos para el diagnóstico de muchas enfermedades.

La glucosa sanguínea, como muchos metabolitos, participa en la actividad farmacodinámica de varios medicamentos y sus variaciones por la iproniazida son importantes, pues si disminuye la concentración de la glucosa en el torrente sanguíneo, esta disminución se encuentra dentro de límites apropiados.

V. BARONI [4] y colaboradores estudiaron, en enfermos con mínimas lesiones tuberculosas, el metabolismo basal, diuresis, eliminación urinaria del cloruro de sodio, glucemia, etc., no encontrando variación anormal.

HECTOR MOSSO y CELINA N. BURRIER [25], de Buenos Aires, investigaron la posible acción que la iproniazida pueda tener sobre los lípidos plasmáticos, con el deseo de establecer si puede ser antiaterogenética. La investigación se realizó en diecisiete enfermos con angina de pecho, cuidadosamente seleccionados, con el siguiente resultado: Los lípidos totales disminuyeron en seis casos, aumentaron en cuatro y no sufrieron modificación en tres casos. El colesterol disminuyó en seis casos, aumentó en cuatro y no se modificó en tres casos. Los fosfolípidos aumentaron en cuatro casos, disminuyeron en cuatro y no sufrieron ninguna alteración en dos casos.

Analizando los promedios generales comprueban que los lípidos totales disminuyeron levemente; pero consideran que estos resultados no tienen significación estadística, en primer lugar, por el número reducido de casos, y luego porque las diferencias son pequeñas y las variaciones no se producen en el mismo sentido, esto es, aumentando o disminuyendo en forma constante. Concluyeron que estos resultados no tienen significación que permita establecer un juicio definitivo acerca de la acción de la iproniazida sobre los lípidos plasmáticos.

R. KELLER [23] estudió la influencia de la iproniazida sobre el metabolismo de la histamina *in vivo;* la investigación la llevó a cabo en un grupo de ratas blancas, administrándoles de 25 a 100 mgrs. de iproniazida por kilogramo de peso, comprobó aumento de la concentración de la histamina en la orina, eliminada a las doce horas; con 10 mgrs. de iproniazida por kilogramo de peso no encontró iguales resultados.

Las referencias citadas indican que la acción farmacodinámica de la iproniazida sobre glúcidos, lípidos y otros metabolitos sanguíneos, debe estudiarse en forma sistemática, porque es necesario puntualizarla, tratando de comprobar variaciones cuantitativas que pueden ayudar en la explicación de la actividad farmacodinámica de este remedio.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

He investigado las variaciones de la glucemia en cincuenta pacientes con tuberculosis pulmonar, tratados con iproniazida; todos fueron de sexo masculino; la edad fluctuó entre 15 y 55 años y el peso varió de 42 a 76 kilogramos, hallándose hospitalizados en el Servicio Santa Rosa del Hospital «Dos de Mayo», que está a cargo del doctor Juan Escudero Villar.

En todos los casos se administró 600 mgrs. de iproniazida durante un lapso de cuatro días, siendo la dosis media diaria de 150 mgrs., ingiriéndose, generalmente, después de los alimentos. Se administró exclusivamente esta sustancia farmacológica.

La determinación de la glucemia se efectuó en sangre venosa extraída con la debida asepsia y se recibió en frasquitos que contenían citrato de sodio al 3 por ciento, como anticoagulante.

La extracción de la sangre para cuantificar glucemia se hizo en ayunas y se realizó inmediatamente después de extraída la sangre, para evitar la glucolisis.

Se determinó glucosa antes y después de administrar iproniazida, siguiendo la técnica fotocolorimétrica de FOLIN y WU [21], cuyo fundamento se basa en la reducción del sulfato de cobre en solución alcalina por la glucosa y otras sustancias reductoras, conformación de óxido cuproso y valoración de éste por su acción reductora sobre el ácido fosfomolíbdico; ello da lugar a un complejo azul comparable en el colorímetro con una solución testigo.

Los reactivos empleados fueron los siguientes:

Desproteinización

Tungstato de sodio al 10 por ciento.
Acido sulfúrico 2/3 normal.

Soluciones reactivos

Cupro-alcalina.
Acido fosfomolíbdico.
Stock de glucosa.
Standard de glucosa.

La solución de tungstato de sodio al 10 por ciento se prepara disolviendo 100 gramos de tungstato de sodio Q. P. en agua destilada y se diluye hasta completar un litro. La solución debe ser neutra a la fenoltaleína.

La solución de ácido sulfúrico 2/3 normal se prepara añadiendo a 700 c. c. de agua destilada 35 gramos de ácido sulfúrico; enfríese y dilúyase hasta formar un litro. La normalidad se debe comprobar haciendo la titulación por medio de álcali standard.

La solución cupro-alcalina se preparó disolviendo 40 gramos de carbonato de sodio en 400 c. c. de agua destilada, a los que se añadió 7'5 gramos de ácido tartárico. Disolver, añadir 4'5 gramos de sulfato de cobre. Añadir agua hasta un litro. Si la solución no está clara, filtrar.

La solución de ácido fosfomolíbdico se preparó disolviendo 70 gramos de ácido molíbdico y 10 gramos de tungstato sódico en 400 c. c. de hidróxido de sodio al 10 por ciento, agregar 400 c. c. de agua destilada. Hervir por treinta minutos para eliminar casi todo el amoníaco que pueda contener el ácido molíbdico. Se enfría, y filtra para remover el hierro. Se agrega 250 c. c. de ácido fosfomolíbdico concentrado (85 por ciento). Completar con agua destilada hasta un litro.

La solución stock de glucosa se preparó con un gramo de glucosa anhidra disuelta en 100 c. c. de agua destilada que contiene 0'25 de ácido benzoico. Se preparó en caliente.

La solución standard de glucosa se hizo tomando 1 c. c. de la solución stock de glucosa y completar a 100 c. c. de agua destilada que contiene 0'25 de ácido benzoico.

La técnica para cuantificar glucemia fue la siguiente: Se tomó 1 c. c. de sangre citratada y se le añadió 1 c. c. de tungstato de sodio al 10 por ciento y 1 c. c. de ácido sulfúrico 2/3 normal y 7 c. c. de agua destilada. Agitar hasta ruido metálico y filtrar.

Se toma 2 c. c. de reactivo cupro-alcalino, se le agrega 2 c. c. del filtrado de sangre. Agitar lateralmente y poner al baño de María por seis minutos. Enfriar sin agitar por dos minutos. Se le adiciona 2 c. c. del reactivo fosfomolíbdico y se deja en reposo por dos minutos. Completar a 25 c. c. con agua destilada; dejar en reposo por cinco minutos.

Se hace la comparación antes de diez minutos en el fotocolorímetro de Klett-Summerson; se utiliza para el efecto filtro azul; la cifra que resulta de la lectura se multiplica por el factor 1'19.

Los resultados obtenidos se exponen a continuación:

VARIACIONES DE LA GLUCEMIA POR ACCIÓN DE 600 mgrs. DE IPRONIAZIDA EN ENFERMOS TUBERCULOSOS

Nombre	Edad	Peso Kilos	DIAGNOSTICO	Glucemia inicial mg. o/o	Glucemia post. mg. o/o	Dismin. glucemia mg. o/o
F. A.	26	50	Tuberc. pulmonar bilateral.	68	61	7
A. P.	20	54	Fibroc. bilateral izquierda	69	65	4
A. T.	18	50	Fibroc. izquierda	70	60	10
R. C.	23	73	Tuberc. pulmonar izquierda	72	65	7
H. C.	17	61	Tuberc. pulmonar derecha	73	66	7
E. C.	28	74	Tuberc. pulmonar izquierda	74	66	8
F. L.	55	72	Tuberc. pulmonar bilateral.	74	64	10
J. R.	20	50	Tuberc. pulmonar bilateral.	75	65	10
V. A.	19	55	Tuberc. pulmonar izquierda	75	70	5
V. C.	24	68	Tuberc. pulmonar izquierda	75	65	10
M. M.	32	55	Tuberc. pulmonar y laríngea	75	69	6
C. T.	26	58	Fibroc. bilateral izquierda	76	64	12
M. P.	33	61	Tuberc. pulmonar izquierda	77	70	7
R. J.	21	59	Fibroc. bilateral izquierda	77	70	7
L. B.	28	57	Tuberc. pulmonar izquierda	78	69	9

Nombre	Edad	Peso Kilos	DIAGNOSTICO	Glucemia inicial mg. o/o	Glucemia post. mg. o/o	Dismin. glucemia mg. o/o
M. F.	19	54	Fibrocas. bilateral externa	78	62	16
J. A.	22	54	Fibrocas. bilateral ulcerada	78	65	13
F. H.	20	56	Fibrocas. bilateral ulcerada	78	73	5
V. J.	26	58	Fibrocas. ulc. izquierda	78	74	4
A. G.	19	54	Tuberc. pulmonar izquierda	80	70	10
S. L.	26	56	Tuberc. pulmonar bilateral.	80	69	11
C. R.	23	59	Tuberc. pulmonar derecha	80	75	5
F. T.	17	61	Fibrocas. der. ulcerada	80	75	5
F. V.	18	50	Fibrocas. bilateral izquierda	80	69	11
C. C.	21	58	Fibrocas bilateral ulcerada	80	75	5
F. G.	50	69	Tuberc. pulmonar derecha	82	70	12
A. Q.	54	59	Tuberc. pulmonar izquierda	82	73	9
A. N.	21	56	Tub. fibrocas. ulc. izquierda	82	75	7
O. S.	15	51	Tuberc. fibrocas. derecha	82	70	12
G. A.	20	44	Tuberc. pulmonar bilateral.	82	75	7
L. H.	28	57	Tuber. fibrocas. ulc. izquierda	82	69	13
S. P.	15	76	Tuberc. pulmonar derecha	83	75	8
D. C.	24	53	Tuberc. pulmonar izquierda	83	76	7
E. C.	25	70	Tuberc. pulmonar bilateral.	85	70	15
F. C.	18	42	Tuberc. pulmonar izquierda	85	69	16
A. CH.	42	45	Tuberc. pulmonar bilateral.	85	74	11
A. A.	17	59	Tuberc. pulmonar derecha	87	80	7
M. H.	30	53	Tuberc. pulmonar bilateral.	87	69	18
H. N.	21	60	Tuberc. pulmonar izquierda	88	76	12
C. G.	22	62	Tuberc. pulmonar derecha	89	74	15
M. G.	53	64	Tuberc. pulmonar derecha	90	83	7
A. B.	17	64	Tuber. pulmonar izquierda	90	85	5
E. R.	26	65	Tuberc. pulmonar derecha	90	65	25
J. C.	16	74	Tuber. fibrocas. derecha	92	85	7
M. A.	43	52	Tuberc. pulmonar bilateral.	93	83	10
D. P.	39	60	Tuberc. pulmonar bilateral.	95	80	15
G. R.	23	48	Tuberc. pulmonar derecha	95	74	21
M. V.	16	50	Tuberc. pulmonar derecha	95	65	25
A. S.	17	56	Tuberc. pulmonar derecha	95	74	21
A. Z.	16	58	Tuberc. pulmonar bilateral.	98	91	7

El análisis matemático-estadístico de los resultados obtenidos al investigar la glucemia inicial en cincuenta casos de enfermos tuberculosos, proporcionó las siguientes cifras.

Glucemia inicial mg. %	Media ± Error st.	Desv. st ± Error st.	Coef. variac.	Cifras extremas
	82'32 ± 1'03	7'09 ± 0'70	8'55 %	68 - 98

El análisis matemático-estadístico de los resultados obtenidos al cuantificar glucemia después de haber administrado 600 mgrs. de iproniazida, en cincuenta enfermos con tuberculosis pulmonar, es el siguiente:

Glucemia posterior mg. %	Media ± Error st.	Desv. st ± Error st.	Coef. variac.	Cifras extremas
	72 ± 1'18	8'39 ± 0'83	11'65 %	60 - 94

Para poder apreciar las variaciones de la glucemia en tuberculosis por acción de la iproniazida, se determinó primero la glucemia inicial en los pacientes, obteniéndose un promedio de 82'32 ± 1'03 y cifras extremas 68 a 98; como parecía que los tuberculosos presentaban hipoglucemia inicial, comparé con los promedios de hombres aparentemente sanos de Lima, según comprobaciones de C. CHAPARRO [16], cuyas constantes matemático-estadísticas fueron las siguientes:

Glucemia mg. por 100 c. c.	Media ± Error st.	Desv. st ± Error st.	Coef. variac.	Cifras extremas
	86'29 ± 2'447	9'79 ± 1'735	11'34 %	69 - 107

La comparación entre las cifras de glucemia de C. CHAPARRO y las que obtuve, demuestra que entre el sujeto aparentemente sano y el paciente tuberculoso hay tan sólo diferencia de 3'97 ± 2'64, sin significado estadístico, probando que no hay variación apreciable entre glucemia del tuberculoso y del aparentemente sano.

Los grupos de frecuencia de glucemia antes y después de administrar iproniazida, fueron los que siguen:

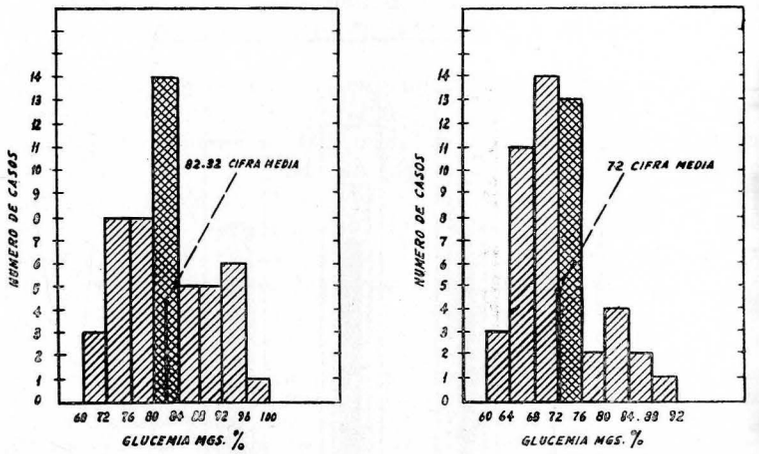
GLUCEMIA INICIAL

Grupos	N.º de casos
68 - 71	3
72 - 75	8
76 - 79	8
80 - 83	14
84 - 87	5
88 - 91	5
92 - 95	6
96 - 98	1

GLUCEMIA DESPUES DE IPRONIAZIDA

Grupos	N.º de casos
60 - 63	3
64 - 67	11
68 - 71	14
72 - 75	13
76 - 79	2
80 - 83	4
84 - 87	2
88 - 91	1

Los histogramas construídos con los grupos de frecuencia de glucemia en tuberculosos, antes y después de administrar iproniazida, fueron los siguientes:



La cuantificación de glucemia después de administrar a los tuberculosos 600 mgrs. de iproniazida, fue en promedio 72 ± 1'18 con cifras extremas de 60 y 94.

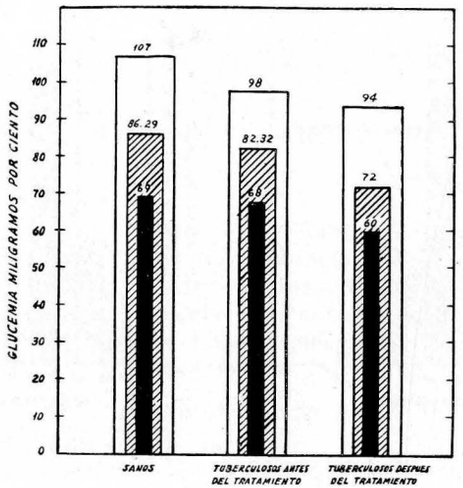
Estas concentraciones, al compararlas con las cifras iniciales, dan disminución de 10'32 ± 1'56 con probabilidad de error menor de 1 por mil, equivalente a 12 por ciento, lo que demuestra que tienen valor significativo y que, por lo tanto, la hipoglucemia se debe a la iproniazida. De acuerdo con V. ANTÓN [1], se debe al grupo NH-NH_2, que es activo como en la isoniazida, pues la iproniazida es derivado isopropílico de ésta.

El histograma de distribución de las concentraciones de glucemia después de administrar iproniazida a los tuberculosos, conserva las características del histograma que presentó la glucemia inicial en estos enfermos.

Comparó en seguida las diferencias de las medias de glucemia, entre sujetos aparentemente sanos (C. CHAPARRO) y pacientes tuberculosos, después de administrar iproniazida:

Diferenciaciones	Media ± Error st.	Dif. media ± Error st.	t	P	Porcentaje
Glucemia en sanos	86'29 ± 2'447	3'97 ± 2'46	——	——	——
Glucemia en tuberculosos . .	82'32 ± 1'03				
Glucemia inicial	82'32 ± 1'03	10'32 ± 1'56	t. 98 = 8'32	menor 0'001	12 %
Glucemia des. iproniazida . .	72 ± 1.18				

Se representa en seguida, en forma gráfica, las cifras medias y extremas de glucemia en sujetos aparentemente sanos y tuberculosos, antes y después de administrar iproniazida.



La interpretación de los resultados obtenidos cuantificando glucemia antes y después de administrar iproniazida a tuberculosos, exige formular consideraciones genéticas y apreciativas que pueden contribuir a esclarecer el mecanismo de acción de esta sustancia farmacológica en la fimatosis.

En primer lugar, la glucosa sanguínea del tuberculoso está en concentración muy semejante a la del sujeto aparentemente sano, según comprobaciones de C. CHAPORRO [16], de Lima, el año 1956.

En el tuberculoso la iproniazida tiene acción hipoglucemígena, al menos en los cincuenta casos observados, actuando sobre los factores glucogenéticos que mantienen la concentración de glucosa en la sangre y que de este modo contribuyen a mantener esa constante homeostática.

La hipoglucemia iproniazídica es testimonio indiscutible que la sustancia farmacológica tiene acción sobre el organismo del tuberculoso y prueba su actividad sobre los elementos vitales que permiten que el organismo luche contra la enfermedad y restablezca la salud, que es la suma de todos los factores que en una forma u otra permiten el equilibrio inestable de la higidez.

En el caso de la tuberculosis pulmonar, hay que pensar que la hipoglucemia iproniazídica, que se ha comprobado es un «stress», porque la glucemia requiere para mantenerse dentro de límites normales el concurso de las hormonas glucocorticoides y la acción farmacológica de la iproniazida, al disminuir la glucosa de la sangre, obliga a la corteza suprarrenal a un mayor trabajo funcional, que es factor curativo, homeostático e hígido.

Esta explicación interpretativa de los efectos hipoglucémicos de la iproniazida, requiere seguramente investigaciones más acuciosas, para que la hipótesis enunciada alcance mayor consistencia y pueda aceptarse su verosimilitud.

CONCLUSIONES

1. — Se investigó, por primera vez en el Perú, con la técnica de FOLIN-WU, la acción de la iproniazida sobre la glucemia de cincuenta tuberculosos del Hospital «Dos de Mayo», de Lima, que recibieron 600 mgrs. de la sustancia farmacológica en el lapso de cuatro días.

2. — La glucemia inicial en pacientes tuberculosos fue de 82'32 $\pm$ 1'03, con cifras extremas de 68 a 98 mgrs. por 100.

3. — Después de administrar 600 mgrs. de iproniazida, la concentración media de glucemia fue de 72 $\pm$ 1'18, con cifras extremas de 60 a 94 por ciento.

4. — La diferencia de 10'32 $\pm$ 1'56 entre la glucemia inicial y la obtenida después de administrar iproniazida es significativa, puesto que la probabilidad de error es de 1 por mil, indicando que la acción hipoglucemígena de la iproniazida la engendra exclusivamente la sustancia farmacológica.

RESUMEN

Se estudia en este trabajo la acción de la iproniazida sobre la glucemia de los tuberculosos.

En una primera parte, se ocupa de la acción farmacológica y tuberculostática, produciendo una sensación de bienestar y felicidad, aumentando el apetito y el peso del paciente, pudiendo administrarse también con excelentes resultados en las psicosis endógenas y exógenas y en los estados de depresión no psicóticos. Se recomienda también como hipotensor, solo o asociado a otros agentes farmacológicos.

En la segunda parte expone los conocimientos actuales sobre la influencia de la iproniazida sobre los metabolitos sanguíneos. La tercera parte va dedicada a referir las investigaciones efectuadas e interpretación de los resultados, que prueban la acción hiperglucemígena de esta sustancia.

Finaliza con las conclusiones obtenidas y la referencia de una completa y selecta bibliografía sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. ANTON, V.—«Contribución al estudio de la acción hipoglucemiante de las hidrazidas del ácido isonicotínico en perros normales, aloxanizados y pancreoprivos.» *Rev. Esp. Fisiol.* 15: 91. Barcelona, 1959.
2. BANGHART, H.—«Effect ot Marsilid on the Symptoms of Some of the Rheumatic Diseases.» *J. Clin. Exp. Psychopath. & Quart Rev. Psychiat. Supp.* 19: 114. Philadelphia, 1958.
3. —BATEMAN JEANNE.—«The Role of Marsilid in Patient with for Far-advanced Cancer.» *J. Clin. Exp. Psychopath & Quart Rev. Psychiat. Suppl.* 19: 123. Washington, 1958.
4. BARONI, V.; LUKINMVICH, N., e DI MARCO, N.—«Sull' azione ingrassante dell' isopropil-derivato della isonicotinil idrazide (Marsilid-Roche).» *Gazz. Med. Ital.* 116: 371. Torino, 1957.
5. BENSON, W. N.; STEFKO, P. L., and ROE, M. D.—«Pharmacologic & toxicologic observations on hydrazine derivatives of isonicotinic acid.» *Am. Rev. Tuberc.* 65: 376. New York, 1952.
6. BLEIBERG JACOB.—«A new Approach to the treatment of Acne Vulgaris.» *J. Clin. Exp. Psychopath. & Quart Rev. Psychiat. Suppl.* 19: 126. New Jersey, 1958.
7. BLOCH, R. G.; DOONEIEF, A. S.; BUCHBERG, A. S., and SPELLMAN, S.—«The clinical effect of isoniazid and iproniazid in the treatment of pulmonary tuberculosis.» *Ann. Int. Med.* 40: 881. Baltimore, 1954.
8. BOSWORTH, D. M.; FIELDING, J. W.; ACOSTA, M. G., and DEMAREST, L. M.—«Use of iproniazid in non-tuberculous bone and joint infection.» *J. Amer. Med. Ass.* 157: 132. Chicago, 1955.
9. BOSWORTH, D. M.—«The treatment of tuberculosis lesions of bones and joint with iproniazid (Marsilid).» *J. Med.* 56: 1.281. New York, 1955.
10. CARDIS, M. F.—«De l' action anabolique du dérivé isopropylique de l' hydrazide de l' acide isonicotinique (I. P. N. H.).» *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris.* 73: 127. Paris, 1957.
11. CESARMAN, T.—«Serendipitia y angina de pecho.» *Arch. Inst. Cardiol. Méx.* 27: 563. México, D. F., 1957.
12. COSSIO, PEDRO.—«Tratamiento de la angina de pecho y de otros dolores isquémicos por el fosfato de iproniazida.» *Pren. Méd. Argent.* 44: 2.629. Buenos Aires, 1957.

13. COSSIO, PEDRO.—«Tratamiento de la angina de pecho y otros dolores musculares isquémicos por la iproniazida y la isoniazida.» *Pren. Méd. Argent.* 45: 926. Buenos Aires, 1958.
14. CRANE, E. G.—«The psychiatric side-effects of iproniazid.» *Am. J. Psychiat.* 112: 492. New York, 1956.
15. CRANE, E. G.—«Further studies on iproniazid phosphate (Isonicotinyl-isopropyl hidrazine phosphate. Marsilid).» *J. Nerv. and Ment. Dis.* 124: 322. New York, 1956.
16. CHAPARRO, C.—«Acción del ácido ascórbico sobre la glucemia de sujetos aparentemente sanos.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1956.
17. DOONEIEF, A. S., and CRANE, C. E.—«Iproniazid as adjunet in the treatment of debilitared patients with tuberculosis.» *J. Med.* 57: 3.477. New York, 1957.
18. FELIX ARTHUR, ACHWARTZ ERNEST and RIFKIN HAROLD.—«Iproniazid Hepatitis. Report of five cases and Review of Pertinent Literature.» *A. M. A. Arch. Int. Med.* 104: 72. Chicago, 1959.
19. FLABERTY, J. A.—«The psychiatric use of isonicotinic acid hydrazide: a case report.» *J. Med.* 24: 198. Delaware, 1952.
20. FOX, H. H., and GIBAS, J. T.—«Synthetic tuberculostats. VII Mono alkyl derivatives of isonicotinyl-hydrazine.» *J. Org. Chem.* 18: 994. New York, 1953.
21. FOLIN, O., and WU, H.—«The determination of blood sugar.» *J. Biolog. Chem.* 41: 367. Baltimore, 1920.
22. GRUMBERG, E., and SCHNIZER, R. J.—«Studies on the activity of hydrazine derivatives of isonicotinic acid in the experimental tuberculosis of mice.» *Quart Bull. Sea View Hosp.* 13: 3. New York, 1952.
23. KELLER, R.—«Influence of iproniazid on histamine metabolism in vivo.» *Acta Helv. Physiol. et Pharmacol.* 16: 70. Basel, 1958.
24. LICHTENSTEIN, M. R., and MIZEMBERG, E.—«A controlled study of isoniazid and iproniazid.» *Diseases of the Chest.* 25: 573. Cicago, 1954.
25. MOSSO, HECTOR, y BURRIER N. CELINA.—«Fosfato de Iproniazida y lípidos plasmático.» *Pren. Méd. Argent.* 45: 3.276. Buenos Aires, 1958.
26. NUSSBAUN, E. H.; LEEF W.; MATTIA, V. D., and HILLMANN, E.—«The effects of iproniazid phosphate (Marsilid) on the Hypertension.» *Angiology.* 8: 198. New Jersey, 1957.
27. O'CONNOR, J. B.; HOWLETT, K. S., and WAGNER, R. R.—«Side effects accompanyng use of iproniazid.» *Am. Rev. Tuberc.* 68: 270. New York, 1953.
28. POCH, GUSTAVO FRANCISCO.—«La iproniazida en el tratamiento de las depresiones endógenas.» *Sem. Méd.* 114: 114. Buenos Aires, 1959.
29. ROBIE THEODORE, R.—«Marsilid in the depresion.» *Am. Psychiat.* 114: 936. New York, 1958.
30. ROBIE THEODORE, R.—«Marsilid and Electroconvulsive Schock Therapy.» *J. Clin. Exp. Psychopatch. & Quart Rev. Psychiat. Suppl.* 19: 90. New Jersey, 1958.
31. ROBITZEK H. EDWARD and IRVING J. SELIKOFF.—«Hydrazide derivatives of isonicotinic acid (Rimifón y Marsilid) in the treatment of active progressive casseouspneumonic tuberculosis.» *Am. Rev. Tuberc.* 65: 402. New York, 1952.
32. ROLLA, E.; POLITO, R.; AVERBURG, R., y RODRÍGUEZ ARIAS, M.—«Experiencias con iproniazida (Marsilid) en las depresiones.» *Pren. Méd. Argent.* 45: 1.470. Buenos Aires, 1958.
33. SALZER, H., and LURIE, M.—«Anxiety and depressive states treated with isonicotinyl hydrazide.» *Arch. Neurol. and Psychiat.* 70: 317. New York. 1957.
34. SORIANO, V.—«Estudios con el Marsilid en estados depresivos y en el Parkinson.» *Arch. Urug. Méd. Cirug. Esp.* 51: 40. Montevideo. 1958.
35. SCHERBEL, A. L.—«The effect of isoniazid and iproniazid in patients with rheumatoid arthitis.» *Cleveland Clin. Quart.* 24: 90. Cleveland, 1957.
36. SELIKOFF, I. J.; ROBITZEK, E. H., and ORNSTEIN, G. G.—«Toxicity of hydrazine derivatives of isonicotinic acid in chemotherapy of human tuberculosis.» *Quart. Bull. Sea View Hosp.* 13: 17. New York, 1952.
37. SETTEL, EDWARD.—«Marsilid for Elderly Persons.» *J. Clin. Exp. Psychopath. & Quart Rev. Psychiat. Suppl.* 19: 98. New York, 1958.
38. VIGLIOGLIA, P. A.—«El tratamiento de la Psoriasis por el derivado isopropílico de la hidrazida del ácido isonicotínico.» *Rev. Argent. Dermatosif.* 41: 83. Buenos Aires, 1957.
39. WOOLLEY D. W.—«Estudio de los anti-metabolitos.» Pág. 29. Madrid, 1956.
40. ZELLER, E. A.; BARSKY, J.; FOUTS, J.; KIRCHHEIMER, J. R., and VAN ORDEN, L. S.—«Influence of isonicotinic acid hydrazine (I. N. H.) and 1-isonicotinyl-2-isopropyl hydrazine (I. I. H.) on bacterial and mammalian enzimes.» *Experientia.* 8/9: 349. Basel, 1952.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia. Lima (Perú)

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960

LIBROS

AUTORES NACIONALES

CURSO DE POLIOMIELITIS Y TÉTANOS, *por el doctor* JUAN TORRES GOST. *Un volumen (15'5 por 21 cm.) de 109 páginas, con 28 figuras y gráficos; rústica. Publicación núm. 26. Ediciones del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife. Santa Cruz de Tenerife, 1960.*

EN el presente volumen, número 26 de la colección que va publicando el Instituto de Fisiología y Patología de Tenerife, se recogen las cinco conferencias que dictó durante el mes de abril del presente año 1960, en Santa Cruz de Tenerife, el director del Hospital del Rey, de Madrid, doctor Torres Gost. Versaron cuatro sobre poliomielitis, y una, sobre el tratamiento del tétanos.

Las correspondientes a la enfermedad de Heine-Medin tuvieron por títulos: 1.ª «Los virus patógenos. Ideas generales sobre los mismos»; 2.ª «Los virus del grupo poliomielítico (enterovirus). Epidemiología de la poliomielitis»; 3.ª «Clínica de la poliomielitis», y 4.ª «Tratamiento de la fase aguda de la poliomielitis». Todos estos capítulos o lecciones pueden considerarse como magistrales, podándose lo superfluo y ahondando sobre tan trascendentes cuestiones desde un punto de vista práctico, con experiencia nacida en la cabecera de los enfermos. Pueden considerarse como los trabajos de un clínico sagaz, al tanto de cuanto se hace e investiga mundialmente sobre el particular, enamorado de su profesión, con una experiencia de varias décadas, habiendo tratado a centenares de enfermos, y con la avidez de saber y de trabajar del que acaba de abandonar las aulas de la Facultad de Medicina y comienza el ejercicio profesionl. Se comprende que con tal bagaje sus juicios acusen el sello del maestro y los conocimientos del que medita profundamente cualquier cuestión antes de definirse, poniendo previamente en tela de juicio las afirmaciones de otros autores, contrastándolas con su propia experiencia, antes de dictar las pautas convenientes a seguir.

Respecto a su lección sobre el tétanos, hace desfilar ante el lector los pilares donde cabe asentar el tratamiento, señalando el elevado porcentaje de muertes que siguen produciéndose en la actualidad, sobrepasando el 50 por ciento en líneas generales, dependiendo el pronóstico, más que de los medios terapéuticos con que contamos y la precocidad en la actuación, de la gravedad de la infección, por lo que cabe decir que es una de las enfermedades infecciosas que menos se han beneficiado de los brillantes descubrimientos en el campo de los antibióticos. Demuestra la discutible eficacia del tradicional empleo con el suero curativo y lo que cabe esperar si se logra suprimir los espasmos, centrando la base de la terapéutica actual en el empleo del Largactil y Fenergán, mostrando finalmente la sabia máxima de que «el mejor tratamiento del tétanos es evitarlo», transcribiendo y aceptando, desde el punto de vista preventivo, la pauta dada por Eckman.

Nada cabe objetar al ilustre doctor Torres Gost, salvo felicitarle por su brillante estudio y aportación al conocimiento y tratamiento de poliomielitis y tétanos. Este elogio debemos hacerlo extensivo a los componentes del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife, que además de saber escoger temas y maestros, demuestran sus inquietudes y esfuerzos en pro de la Medicina.—LUIS DEL CAMPO.

LA OBRA PSIQUIÁTRICA DE GINÉ Y PARTAGÁS, *por el doctor* RAFAEL SANCHO DE SAN ROMÁN. *Un vol. (15 por 21 cm.) de 80 páginas, con 9 láminas; rústica. Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina. Universidad de Salamanca, 1960.*

ESTA publicación constituye la excelente y documentada tesis doctoral del autor, que fue con acierto calificada con la nota de sobresaliente. En ella se traza una acabada semblanza del ilustre médico barcelonés don Juan Giné y Partagás, iniciador de la primera escuela psiquiátrica española e introductor y paladín de las ideas positivistas en España, aferrándose a una concepción somatológica de las enfermedades mentales.

Fue el eminente médico catalán introductor de la reforma médica, clínico insigne y

autor del primer gran tratado de Frenopatología, pudiendo ser considerado como el primero que dio rango científico a la especialidad en España, y, en unión de Pi y Molist, lo más destacado que en psiquiatría tuvo nuestra Patria durante la pasada centuria.

Este estudio sobre la obra psiquiátrica de Giné y Partagás se compone de tres partes; la *primera*, en que analiza sus ideas psicológicas y sobre psicopatología; la *segunda*, dedicada al análisis de los capítulos propiamente psiquiátricos de sus escritos, y, finalmente, la *tercera*, consagrada a glosar brevemente otros escritos que tocan la ciencia psicosomática en forma amena y desenvuelta, con un afán de vulgarización, como en sus novelas psiquiátricas.

Su gran actividad se proyectó en todos los campos del saber médico, y particularmente en el psiquiátrico, creando libros, ensayos y revistas, convocando certámenes y procurando por todos los medios la popularización de esta ciencia con rango autónomo. Sus estudios sobre clasificación de las enfermedades mentales, homología frenopática, responsabilidad penal, inbecilidad moral y frenopatología, justifican su inclusión entre los más avanzados alienistas de la época. — RICARDO HORNO LIRIA.

ÍNDICES DE LAS OBRAS DE HERNÁNDEZ MOREJÓN Y CHINCHILLA, *por el doctor* RAFAEL SANCHO DE SAN ROMÁN. *Un vol. (15 por 21 cm.) de 64 páginas; rústica. Fasc. I. Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca, 1960.*

EL historiador, el estudioso o el simple aficionado al conocimiento del pasado de la Medicina española, se habrá lamentado, sin duda, y repetidamente, del caótico estado de los índices en las conocidas obras de Hernández Morejón y Chinchilla; la falta de alfabetización, los diversos nombres con que un mismo autor figura en ocasiones, las reiteraciones y dificultades de identidad para otros, hacen, en fin, que su manejo resulte, de ordinario, lento y dificultoso.

Este fascículo trata de paliar en lo posible, tales inconvenientes, estableciendo un orden alfabético que, englobando conjuntamente ambas obras, permita hacer la consulta bibliográfica correctamente y con rapidez.

La relación abarca más del millar y medio de nombres, en la que, siempre que ha sido posible, se ha respetado la ortografía original.

Estos Indices constituirán un excelente instrumento de trabajo que ahorrará muchas consultas inútiles y, sobre todo, la pérdida de tiempo. Por eso su publicación ha sido un acierto por el que felicitamos a su autor.—RICARDO HORNO LIRIA.

ENFERMEDADES DEFENSIVAS Y EL TRABAJO, VISTAS POR UN MÉDICO, *por el doctor* SANTIAGO MARTÍNEZ-FORNÉS. *Un vol. (12'5 por 18 cm.) de 46 páginas, con figuras y dos láminas en colores; rústica. Precio: 12 pesetas. Ediciones de Conferencias y Ensayos. Avda. del Generalísimo, 76, Madrid, 1960.*

DOS temas distintos abarca la presente publicación, número 100 de la «Colección de Conferencias y Ensayos», que dirige nuestro buen amigo don Antonio Las Heras, debidos a la pluma del doctor Martínez-Fornés, uno de esos médicos humanistas formados a la vera del inmortal Marañón.

El primero de los temas fue motivo de una conferencia que pronunciara su autor en una capital extremeña, y se refiere a cómo el organismo humano reacciona ante situaciones difíciles refugiándose en la enfermedad. El asunto ha sugestionado a muchos galenos, en distintas épocas de la Medicina y especialmente en la actual, donde han hipertrofiado su sentido los médicos psicosomáticos, y a vulgarizarlo tiende la disertación del doctor Martínez Fornés. Tratándose de un asunto médico, pero para público no versado en biología, más que disquisiciones teóricas se ha esforzado en dictar una conferencia amena, que si hablada resultó de conceptos claros, escrita resulta una prosa correcta y galana, deleitando a quienes le escucharon y ahora leemos.

El segundo tema se refiere al trabajo, que el autor lo interpreta, no como castigo divino, sino como mandato de Dios. Puédese considerar su ensayo como un fruto de la escuela de Marañón, al considerar el trabajo como con un signo sexual masculina, haciendo interesantes divagaciones sobre su sentido, sobre sus relaciones históricas entre Medicina y Trabajo, finalizando con personales puntos de vista, discutibles, sobre la llamada «pereza española».—LUIS DEL CAMPO.

AUTORES EXTRANJEROS

ENFERMEDADES DEL HÍGADO, *por el profesor doctor* LEÓN SCHIFF *y colaboradores. Traducción española por el doctor* JUAN MASSOT GIMENO. *Un vol. (18 por 25 cm.) de XVI más 704 páginas, con 224 ilustraciones y 2 láminas en color. Editorial Labor, S. A., Barcelona - Madrid, 1960.*

HACE ya diecinueve años que tuvimos la satisfacción de hacer la crítica de la magistral obra de Eppinger sobre enfermedades del hígado, que en 1941 había publicado la Editorial Labor. De la importancia de aquella publicación podemos darnos cuenta si consideramos que la literatura médica sobre hepatología puede dividirse en dos períodos: antes y después de la obra de Eppinger.

Más tarde, dicha Editorial ha publicado el «Tratado de Enfermedades del hígado» de Rosenthal; anuncia la próxima publicación de «Enfermedades del hígado», de Kurt Beckmann, y, por último, acaba de poner a la venta la obra de Schiff, que comentamos.

Todo esto viene a demostrar que la casa Labor sabe muy bien la importancia que en la patología humana tienen las enfermedades del hígado y además conoce la necesidad de renovar las publicaciones sobre una materia que está constantemente enriqueciéndose con nuevos progresos, tanto en el aspecto clínico como en el anatomopatológico y en el bioquímico.

Se han escrito bastantes libros sobre las enfermedades del hígado; unos, fruto de la labor personal de un solo autor: otros, como obra conjunta de varios colaboradores. Entre los primeros podemos citar los antiguos tratados de Budd y de Saundenrs; más tarde, los de Frerichs, de Rolleston, de McNee y el personalísimo y magistral de Eppinger. Recientemente, podemos señalar los de Lichtman, de Himsworth, de Spellberg y de la doctora Sheila Sherlock; y entre nosotros, los de Jiménez Díaz y de Urrutia. El que un solo autor escriba sobre un tema tan extenso y complejo como la patología hepática tiene la ventaja de la uniformidad expositiva, la no reiteración de temas, una mayor unidad y coherencia; pero para que la obra sea perfecta es preciso que el autor sea una auténtica autoridad en la materia. Estas condiciones se han dado en los tratados que acabamos de citar.

Pero las materias que integran la patología hepática van siendo cada vez más numerosas. Constantemente se enriquecen nuestros conocimientos merced a las nuevas técnicas de exploración clínica, a las adquisiciones bioquímicas sobre las funciones del hígado, a los resultados obtenidos con las biopsias en serie, a los estudios experimentales, a las adquisiciones obtenidas mediante la cirugía, etcétera.

Tanto esto que decimos es importante, que ha sido preciso organizar reuniones de los expertos en cada una de estas materias, para cambiar impresiones, reunir datos, controlar experiencias y, con todo ello, formar nuevos cuerpos de doctrina.

Fruto de una de estas asambleas, celebrada recientemente en Norteamérica, es la obra de Schiff, que comentamos. No se trata, pues, de la obra personal del profesor León Schiff, sino un libro sobre patología hepática escrito por los más destacados autores anglosajones.

El director de esta obra ha sabido eludir los inconvenientes de las publicaciones en colaboración; hay unidad expositiva, orden, claridad y, sobre todo, ha reunido en este libro la experiencia, la información y la labor personal de los mejores hepatólogos americanos e ingleses. Fruto de todo ello es haber conseguido un tratado donde aparecen expuestos todos los conocimientos más importantes del momento actual sobre las enfermedades hepáticas.

El primer capítulo trata de la anatomía macro y microscópica del hígado, y está escrito por A. M. Rappaport, profesor de Fisiología de la Universidad de Toronto. Este autor ha realizado interesantes experimentos siguiendo la técnica de inyección y corrosión de Elías y otras técnicas propias. Como consecuencia de estos estudios expone su nueva concepción anatómica del lóbulo hepático y que llama *unidad acinosa*. Esta nueva concepción da lugar a interesantes y nuevas interpretaciones de las lesiones hepáticas, que son dignas de tenerlas en cuenta.

El profesor de Fisiología de la Universidad de Minnesota ha escrito un breve capítulo sobre «Fisiología del hígado», y es breve, aunque muy interesante, debido a que la bioquímica del hígado comprende un capítulo aparte, escrito por una autoridad en la materia, el doctor Seligson, bioquímico jefe de la Universidad de Pennsylvania; se trata de un capítulo extenso, en el que se recoge todo lo que hoy se conoce sobre las intrincadas funciones enzimáticas del hígado en el metabolismo intermedio de los principios inmediatos (hidratos de carbono, grasas, proteínas, etc.).

El siguiente capítulo está dedicado a las leucosis experimentales hepáticas provocadas por dietas deficientes, por agentes tóxicos, y

las originadas por procedimientos quirúrgicos; su autor es el patólogo W. S. Hartroft, de la Universidad de Wáshington. El capítulo de «Pruebas funcionales hepáticas» lleva la firma de Mac Lagan, el famoso profesor de Química Patológica de la Universidad de Londres; la autoridad de Mac Lagan en esta materia es indiscutible, y buena prueba de ello es la magistral exposición que de tales pruebas funcionales y de su valor clínico hace en este capítulo.

Termina esta primera parte de la obra con el capítulo que sobre «Biopsia hepática por punción» ha escrito el profesor Schiff en colaboración con el patólogo de la Universidad de Cincinnati, doctor E. Gall.

Es digna del mayor elogio la descripción del séptimo capítulo, que, dedicado a la ictericia, aparece escrito por el profesor Schiff. Mención especial tenemos que hacer del capítulo dedicado a «Hipertensión portal», redactado por el famoso cirujano de Boston doctor Linton; sabido es que el doctor Linton, con el cirujano Blakemore, son las dos mayores autoridades mundiales en cirugía portal. Estimamos este capítulo como de los mejores de la obra.

El profesor Davidson, de la Escuela Médica de Harvard, ha escrito el capítulo dedicado a «Coma hepático»; muy didáctico, muy completo y muy ecuánime.

A continuación vienen los capítulos dedicados a hepatitis, que pueden considerarse como los más interesantes y más importantes del libro. El primero, dedicado a «Patología de las hepatitis», redactado por Hans Sncetana, jefe de Patología General del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas norteamericanas; resume en él los conocimientos más recientemente adquiridos sobre la materia, cimentado sobre los resultados obtenidos del examen histológico de piezas de biopsia por punción hepática.

Entre los archivos de Patología Hepática del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas se hizo el diagnóstico de hepatitis infecciosa en novecientos setenta y nueve casos de los cinco mil treinta y seis estudiados mediante biopsia por punción. Con esta enorme experiencia, se ha podido obtener un conocimiento de la marcha clínica de las hepatitis y su relación con las lesiones histológicas, como no se había logrado nunca. De aquí el extraordinario valor de esta parte del libro.

La descripción clínica de la hepatitis por virus viene expuesta en un capítulo muy logrado, escrito por Neefe, de la Universidad de Pennsylvania, y las hepatitis tóxicas están redactadas por el profesor de Yale doctor G. Klatskin. Este mismo autor se ha ocupado, en el capítulo XIII, de las hepatitis asociadas a las infecciones.

A continuación, en sendos capítulos, son descritas las cirrosis hepáticas; sus autores son los doctores Patek y Kunkel.

Seguidamente vienen los capítulos dedicados a hemocromatosis (doctores Althausen y Sborov) y a degeneración hepalenticular, redactado por Matthews.

Mención especial merece el capítulo dedicado a «El hígado en la insuficiencia circulatoria», del cual es autora la profesora de Medicina de la Universidad de Londres doctora Sheila Sherlock. Aquellos que conozcan su «Tratado de las enfermedades del hígado» verán que este capítulo es reflejo fiel del que, dedicado a la misma materia, viene inserto en aquella obra. Su contenido es un modelo de exposición clara, concisa, exhaustiva, donde nada falta ni nada sobra; donde se recoge todo lo que sobre estas materias se sabe y es digno de tenerse en cuenta.

Son meritorios y dignos de elogio todos los demás apartados, dedicados a la exposición completa y actual de los tumores del hígado, sífilis hepática; absceso hepático, enfermedades del hígado en la infancia, enfermedades parasitarias del hígado y amiloidosis hepática. Termina la obra con un extenso capítulo dedicado a enfermedades de la vesícula biliar y de las vías biliares extrahepáticas. Este apartado, escrito por Zolhinger, Britt y Ellison, adolece, a nuestro juicio, de tener un carácter exclusivamente quirúrgico; se advierte claramente la condición quirúrgica de sus autores.

Para terminar, se trata de una obra muy interesante, en la que se recogen todas las adquisiciones más modernas sobre patología hepática. Es un libro completo, moderno y de gran valor.

La traducción es perfecta, debida al doctor Juan Massot; la presentación editorial, muy cuidada y con la pulcritud y belleza que es norma de la Editorial Labor.—ECHEVERRÍA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

JIMÉNEZ DÍAZ, J. (Madrid). — «CONTRIBUCIÓN DE LA TERAPÉUTICA AL MEJOR CONOCIMIENTO DE LA CRISIS ASMÁTICA.» *«Rev. Clín. Esp.», 77-1-16. 1960. Madrid.*

SEÑALA el autor que la observación clínica y la acción terapéutica pueden ser eficaces no sólo para indicar el tratamiento más efectivo de una enfermedad, sino que *a posteriori* permiten juzgar sobre el mecanismo de la misma enfermedad. Así ocurre con la crisis asmática, que continúa siendo un problema no aclarado en lo que se refiere a la patogenia y en la que señala la acción eficaz de algunos farmacos modernos, como los esteroides corticales. Indica el autor que, descartada la acción antialérgica de los mismos, debe pensarse en la acción que ejercen sobre la formación del moco y en sus cualidades, siendo este mecanismo de acción común a otras enfermedades respiratorias y extrarrespiratorias.

Considera que un trastorno en los mecanismos enzimáticos de la síntesis orgánica de la mucina, constituye el fondo común de enfermedades distintas, como el asma, la artritis reumatoide, diversas colagenosis, indicando el interés de este punto de vista, que debe ser investigado. — G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

ANDÉRIZ LÓPEZ, M. (Zaragoza). — «LOS ANTIPALÚDICOS DE SÍNTESIS EN EL TRATAMIENTO DE LOS REUMATISMOS.» *«Archivos de la Facultad de Medicina», t. VIII, número 3, págs. 465-475, mayo-junio 1960. Zaragoza.*

SE han usado últimamente dos antipalúdicos de síntesis en el tratamiento de la artritis reumatoide: la atebrina y la cloroquina (Mépacrine y Nivaquine). Han de administrarse al menos durante tres meses, a razón de 150-250 miligramos diarios. Sus efectos tóxicos, casi nulos, se reducen a gastritis y neuritis.

Los resultados, sin ser espectaculares, son dignos de ser tenidos en cuenta, sobre todo como terapéutica coadyuvante.—AUTORRESUMEN.

CIRUGÍA

CAPDEVILA TORRA, J., y SARRÓ PALÁU, M. (Barcelona). — «ANQUILOGLOSIA MIÓGENA.» *«Cirugía, Ginecología y Urología», volumen XIV, n.º 2, págs. 127-144, marzo-abril 1960. Madrid.*

EL término anquiloglosia deriva de las raíces griegas *ankilo* = trabada, y *glosia* = lengua; es decir, se pretende designar con él aquel estado patológico en el que la lengua está privada de su normal capacidad de movimientos y que obedece a causas de tipo orgánico mecánico.

En este trabajo se estudia el concepto de anquiloglosia miógena, diferenciándola de la mucógena o por adherencias mucosas.

Se realiza una breve revisión de la embriología lingual, así como de la anatomía y funciones de los diversos músculos linguales.

El análisis de las distintas fuerzas que intervienen en la estática lingual lleva a considerar como primordial la acción del músculo geniogloso en el mantenimiento o posición de la lengua, confirmando con ello la teoría de Douglas. El vector resultante de la tonicidad del músculo geniogloso estaría dirigido hacia adelante y ligeramente hacia abajo.

Se estudia la embriogénesis de la fístula lingual media anterior de nuestro caso, considerándola como un fallo de la unión de los tubérculos linguales laterales, unión que en el individuo normal da lugar a la formación del septum lingual.

Se considera el proceso infectivo crónico perifistuloso como el determinante de la retracción de las fibras musculares más anteriores del geniogloso, que, al fijar la extremidad más anterior de la lengua a las apófisis geni, es el responsable, a su vez, de las manifestaciones clínicas más aparatosas de la anquiloglosia, cuales son la imposibilidad de exteriorizar la lengua y la imposibilidad de una fonación correcta.

Se comprueba la realidad de esta interpretación por los concluyentes resultados obtenidos mediante la desinserción quirúrgica del geniogloso a nivel de las apófisis geni.

Es conveniente, en todos los casos de anquiloglosia, estudiar el posible componente miógeno de la misma, así como su asociación con trastornos congénitos linguales del tipo de la fístula lingual media anterior.—AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

JUAN MARTÍ, M. (Logroño). — «CONSIDERACIONES SOBRE LOS DIVERTÍCULOS DUODENALES.» *«Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición», t. XIX, n.º 6, págs. 711-736, junio-julio 1960. Madrid.*

PREVIA revisión de la literatura sobre el particular, se realiza una síntesis de los conocimientos sobre dicha materia. Se hace una clasificación de los divertículos duodenales y se describen dos casos, uno de ellos seguido de intervención quirúrgica, explicándose la técnica seguida.—AUTORRESUMEN.

VILARDELL, V.; POLO, L.; ORTIZ CAMPOS, R., y otros (Barcelona). — «PÓLIPO GÁSTRICO MALIGNO DIAGNOSTICADO POR CITOLOGÍA EXFOLIATIVA EN UN ENFERMO CON ANEMIA PERNICIOSA.» *«Revista Española de Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición», t. XIX, n.º 6, págs. 748-757, junio-julio 1960. Madrid.*

LOS autores describen un caso de pólipo del estómago en un enfermo de anemia perniciosa. El carácter maligno del tumor fue puesto de manifiesto preoperatoriamente por biopsia exfoliativa, una técnica citológica. Este dato representó una indudable ventaja para el cirujano, quien confirmó el diagnóstico en el acto operatorio. Todos los enfermos con anemia perniciosa deberían ser sometidos bianualmente a exploraciones sistemáticas del estómago por radiología y citología exfoliativa conjuntamente. — AUTORRESUMEN.

USOBIAGA , E. (Bilbao). — «TRATAMIENTO DE LAS HEPATOPATÍAS.» *«Gaceta Médica del Norte», vol. X, n.º 2, págs. 74-78, abril 1960. Bilbao.*

ESTUDIADAS ciento sesenta y tres hepatopatías, los resultados obtenidos mediante el tratamiento por extracto hepático desalbuminizado, añadiendo ácido tióctico y a veces también prednisona, según la importancia del caso, fueron favorables en el 40 por ciento de las cirrosis, en el 69 por ciento de las hepatitis crónicas, en el 85 por ciento de las hepatitis agudas y en el 88 por ciento de las insuficiencias hepáticas crónicas, por lo que creemos debe indicarse en todo enfermo afecto de una hepatopatía.—AUTORRESUMEN.

HEMATOLOGÍA

PLAZA LOZANO, E. — «UN CASO DE AGRANULOCITOSIS PERIÓDICA (SÍNDROME DE VALQUIST-REZNIKOF).» *«Rev. Clín. Esp.», 77, 4-277. 1960. Madrid.*

PRESENTA el autor un caso muy interesante de agranulocitosis periódica en una enferma que espontáneamente presentó tres brotes de agranulocitosis (con linfopenia, agranulocitosis, linfocitosis relativa, fiebre, úlceras necróticas bucales), que cedieron al tratamiento sin poder señalar la causa desencadenante. Señala el parecido con casos descritos por Valquist y Reznikof de agranulocitosis periódica de evolución benigna, a pesar de la aparatosidad del cuadro clínico.

Los brotes de la enferma estudiada fueron progresivamente de mayor intensidad, comprobándose la acción terapéutica espectacular de la vitamina B 4 y de la metil-prednisolona, especialmente en el tratamiento del último brote que fue el más intenso.

Señala el interés que puede tener este caso como experiencia para tratamiento de los cuadros de agranulocitosis.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

BALLESTEROS, M. — «LA LIGADURA «A RAS DE PIEL» DEL CORDÓN UMBILICAL.» *«Medicina y Cirugía de Guerra», vol. XXI, número 10, págs. 615-617, octubre 1959. Madrid.*

EL autor busca un procedimiento para tratar el cordón umbilical, procedimiento que, siendo innocuo y sencillo de realizar por el personal auxiliar, acorte en forma sensible el tiempo de caída del muñón funicular.

Monta una aguja de sutura corriente con hilo doble y atraviesa el cordón a nivel de su terminación cutánea, procurando no lesionar ningún vaso. Corta el hilo a nivel del ojo de la aguja, con lo cual quedan cuatro cabos, que se anudan dos a dos y corta el cordón inmediatamente por encima de la ligadura. Se observa si la hemostasia es perfecta y se cortan los cabos sobrantes.

De esta manera se produce la caída del muñón entre las veinticuatro y cuarenta y ocho horas. No observa ninguna anormalidad, y la formación del ombligo es más estética que con los procedimientos normales.—J. RIVERA RAMOS.

UROLOGÍA

SALVATELLA, J. (Barcelona). — «SÍNDROME DIARREICO POR LITIASIS URETERAL.» *«Anales de Medicina (Sección Medicina)», volumen XLVI, 49-54, 1960. Barcelona.*

EN los enfermos urinarios, especialmente en los litiásicos, se observa con frecuencia toda una gama de síntomas digestivos que pueden alcanzar gran importancia. Cuando la clínica urológica es bien manifiesta, el diagnóstico no presenta dificultades; no así cuando, aun siendo el enfermo fundamentalmente urológico, ésta permanece silente, subclínica, apagada, siendo las manifestaciones digestivas el único lenguaje de estos enfermos, en los cuales el error diagnóstico es fácil y frecuente.

Entre los síntomas que pueden presentar los litiásicos urológicos se pueden citar:

a) *Dolores cólicos*, que pueden presentar diversos matices, pero que corresponden a espasmos cólicos más o menos intensos y extensos, mejorando o cesando a la expulsión de gases o a la emisión de unas deposiciones pastosas. El diagnóstico de crisis suboclusiva se impone, haciendo pensar en una neocólica y, si se localizan en la fosa derecha, en una apendicitis.

b) *Meteorismo*. El fiel acompañante de todo cólico nefrítico; si no hay más clínica urológica, se puede desviar el diagnóstico.

c) *Diarrea*. La etiopatogenia, a veces, se nos escapa hasta que se presenta el cólico nefrítico u otro episodio urológico.

El autor encuentra en estos enfermos una diarrea discreta: tres a cuatro deposiciones diarias, preferentemente matutinas y a veces postprandiales, que se acompañan siempre de dolores cólicos del lado izquierdo (los enfermos estudiados eran litiásicos izquierdos), que cedían con la deposición. Si el cálculo ureteral era bajo, el enfermo puede expresarse con el síndrome anorrectal (imperiosismo a la deposición, mixoneurosis, incluso sangre roja poco abundante y regando las deposiciones). Un dato interesante en esta diarrea es su evolución alternante con períodos de calma, lo que puede confundir todavía más el diagnóstico y que en el sentir del autor podían corresponder a movimientos del cálculo dentro del uréter. El informe coprológico suele ser: «digestión normal, tránsito cólico rápido». La radiología no denuncia más que la brevedad del tránsito en el hemicolon izquierdo. La anamnesis en estos enfermos debe ser muy cuidadosa, desenmascarando cualquier manifestación urológica concomitante o precedente.

El autor nos presenta cuatro historias clínicas de sus enfermos estudiados, en las cuales subrayamos los siguientes puntos:

1) Antecedentes urinarios, solamente en una de ellas.

2) Una historia larga, de dos a ocho años de hábito intestinal irregular, con unas diarreas de cuatro a cinco deposiciones, con dolor y moco no infeccioso, alternando con fases de calma, en todas ellas.

3) Tres de estos enfermos se califican de «colon irritable», y el cuarto, de dolicocolon. No se obtiene mejoría con estos tratamientos.

4) En todos ellos aparece un proceso litiásico urinario, que aclara el diagnóstico.

5) Se establece un tratamiento «ad hoc», resolviéndose el proceso diarreico, aunque conserve su dolicocolon, su litiasis biliar, etc.

En cuanto a la etiopatogenia, parece evidente que se trate de diarreas reflejas por tránsito rápido del colon descendente, cuyo punto de partida es el uréter, quedando explicada por la correlación nerviosa entre el uréter y colon izquierdo, a través del «ganglio mesentérico inferior» de Gil Vernet y Gallart Monés, que da ramas al riñón, uréter izquierdo, vejiga, próstata, vesículas seminales y la rama izquierda, quizá más interesante, que discurre a lo largo de la arteria mesentérica inferior, que irriga precisamente la mitad izquierda del colon y sigma.

La migración del cálculo a través del uréter traería hechos inflamatorios con la irritación desencadenadora de tal reflejo. En el lado derecho buscan los autores una anastomosis de los linfáticos apendiculares con los renales y ureterales, para explicar el síndrome apendicular que pueden presentar estos enfermos de litiasis ureteral derecha.

Por consiguiente, podemos pensar que se trate de una diarrea refleja de partida ureteral, cuando:

1.º Fracasen los tratamientos establecidos.

2.º El enfermo presente antecedentes de litiasis urinaria o molestias urinarias más o menos antiguas.

3.º Si se ha descartado la posibilidad de la intervención de la vesícula biliar en el proceso.

El doctor Gallart Monés dice: «Existe en el hombre un ganglio de naturaleza nerviosa, que hasta hoy nadie ha descrito, que se halla situado en el punto de emergencia de la arteria mesentérica inferior. Este ganglio establece una unión nerviosa que hasta hoy nadie ha descrito y que, correspondiendo al ganglio mesentérico inferior de la anatomía comparada, es el centro de los reflejos vésicorrenales, renorrenales, urogenitales y renointestinales».—MARCO ANGULO.

EXTRANJERAS

MEDICINA

GALLI MAININI, C., y otros.—«El fenómeno de los veintiún días.» *«La Semana Médica», t. 115, núms. 21 y 23, págs. 838-840 y 911-922, 19 de noviembre y 3 de diciembre de 1959. Buenos Aires.*

Denominan así a «un conjunto de manifestaciones clínicas agudas que hacen su aparición súbita a los veintiún días de la ocurrencia de ciertos factores causales, con frecuencia un stressor».

Describen ocho casos en la primera parte, a fin de dar una visión panorámica del cuadro.

En la segunda hacen un análisis del fenómeno, distinguiendo: 1.º, los factores causales; 2.º, el lapso de veintiún días, y 3.º, las manifestaciones clínicas: síndrome degeral y síntomas agudos.

A continuación exponen casos de traumatismos simples, fracturas, extracciones dentarias, quemaduras, heridas, intervenciones quirúrgicas, aplicaciones röntgenológicas, abortos, partos, emociones, viajes, cambios de domicilio.

Finalmente insertan una tabla en la que aparecen expuestos doscientos seis casos de una manera resumida, explicando su manejo.

Se nos ocurre que tal vez fuera mejor desconocer la existencia de este síndrome si somos algo preocupados, pues de otra forma estaríamos siempre pendientes del fatídico día veintiuno ante cualquier trastorno más o menos emotivo.—J. Rivera.

BARBIERI, L. L.; VANCINA, B., y CIVEIRO, G.—«Estudio de la magnesemia en algunas situaciones patológicas.» *(Studio sulla magnesemia in alcune condicioni patologiche.) «Arch. Pat. Clin. Med.», 37, 1, 17. 1960. Bologna.*

La importancia del ión magnesio en el organismo deriva de su intervención esencial como activador de los sistemas enzimáticos del metabolismo hidrocarbonado, así como en el mecanismo de la contracción muscular. La finalidad de este trabajo es estudiar la situación del ión magnesio en condiciones normales en el plasma, la respuesta a la sobrecarga oral de magnesio, ampliando estos estudios a una serie de situaciones patológicas.

Del estudio estadístico de los datos de magnesemias obtenidos, deducen qué niveles inferiores a los normales encuentran en los diabéticos, en los estados de hiponutrición, en el hipertiroidismo y en las cirrosis. En la uremia, los niveles son superiores a lo normal, y en la insuficiencia cardíaca se encuentran valores normales.

Por medio de la sobrecarga oral de magnesio se comprueba que en algunas situaciones como la diabetes, cirrosis e hiponutrición, hay un déficit de magnesio en el organismo, como lo demuestra el aplanamiento de la curva de sobrecarga. En la insuficiencia renal, la elevación de la curva de sobrecarga es achacable a la deficiencia en la función eliminadora general, mientras que en el hipertiroidismo la tendencia a los valores altos y la lenta caída de la curva de sobrecarga sería debida a un defecto en la utilización del magnesio en el organismo. — G. Guillén Martínez.

CIRUGÍA

ESQUIVEL, E. L., y DIÑO, B. R.—«Tratamiento moderno de las quemaduras, con referencia particular al tratamiento al desnudo.» *(The modern treatment of burns with particular reference to the exposure method of treatment.) «Philippine Journal of Surgery and Surgical Specialties», número 6, vol. 14, págs. 307-315, noviembre-diciembre 1959. Manila.*

Después de unas consideraciones y referencias a fisiopatología y tratamiento, los autores exponen las ventajas del tratamiento al desnudo: 1.ª, reduce la estancia hospitalaria en un 60 por ciento; 2.ª, simplifica cuidados al no tener que hacer cambio de apósitos; 3.ª, permite la observación fácil y frecuente de la herida detectando rápidamente la infección; 4.ª, economiza material de cura; 5.ª, comodidad para el paciente; 6.ª, evita olores fétidos; 7.ª, ahorra al paciente el temor al dolor del cambio de apósitos, reduciendo el consumo de calmantes; 8.ª, permite pronta deambulación y movilización de las extremidades; 9.ª, evita la aparición de queloides; 10.ª, permite apreciar mejor la pérdida de líquidos; 11.ª, es el método preferido para tratar en masa en casos de desastre con escasez de personal.

Es un método excelente para quemaduras de segundo grado, quemaduras de cara, perineo y de un solo lado del cuerpo. Contraindicaciones son las quemaduras circunferenciales del tronco, cuello y miembros, quemaduras de la mano y antiguas, infectadas y abandonadas.

Finalizan haciendo resaltar la importancia de la precocidad de las plastias cuando sean necesarias, y la corrección de deformaciones y contracturas.—J. Rivera.

APARATO DIGESTIVO

ALBANESE, A. R. — «Bloqueo anestésico repetido del esplácnico semilunar con punción única y tubo de polythene.» *«La Semana Médica», t. 115, n.º 15, págs. 592-594, 8 de octubre de 1959. Buenos Aires.*

El autor emplea la colocación de un tubo de polythene en los casos de pancreatitis aguda sin gran repercusión general, de primera intención, y en enfermos con cuadro clínico grave y gran repercusión de la enfermedad, una vez que el método de Babes ha permitido una mejoría.

Enumera el material empleado y describe la técnica ayudándose de esquemas.

Prefiere el bloqueo intermitente al goteo continuo, porque el bloqueo continuo inmoviliza al enfermo y traba su manejo, y, en segundo lugar, porque la acción del anestésico sobre el sistema neurovegetativo es, según su experiencia, más prolongada que sobre los nervios de la vida de relación, y sobrepasa fácilmente las seis horas.

Dice que el tubo de polythene puede ser también introducido por las técnicas de Kappis o Leriche y Fontaine; pero, con varios miles de bloqueos hechos, cree que su técnica, por las referencias cutáneas y ángulos que orientan la dirección de la aguja, es más directa, sencilla y exacta.—J. Rivera.

FARMACOLOGÍA

BECARI, F., y BIANCHI, C.—«Experimentación clínica sistematizada de algunos antigripales modernos.» *(Sperimentazione clinica pianifficata di alcuni antiinfluenzali moderni.) «Gior. Clin. Med.», 41, 1, 1. Año 1960. Bologna.*

Los fármacos antigripales existentes en el comercio contienen, en general, una asociación de remedios específicos (antirreumáticos, como el salicilato; quimioterápicos, como las sulfamidas, quinina, etc.), sintomáticos (antipiréticos, como el piramidón o la quinina; antihistamínicos), coadyuvantes generales, como las vitaminas, cardiotónicos, analépticos, y, por último, tampones o alcalinos, para evitar los riesgos de gastritis por la administración oral.

El obtener una asociación equilibrada y eficaz de estos preparados no es fácil, así como el juzgar sobre su eficacia.

Los autores han realizado una experiencia de tipo clínico farmacológico, comparando la actividad de un preparado comercial a base de salicilamida, amidopirina, cafeína, quinina, vitamina C y un antihistamínico (Ilvin), con otros preparados de composición parecida (uno de ellos, a base de quinina, y otro, a base de sulfadiazina, con el resto de la fórmula análogo) y con un placebo inerte.

Han sometido a tratamiento a lotes de pacientes, estudiando y puntuando de manera subjetiva los resultados terapéuticos referentes a la fiebre, cefalea, sudoración, somnolencia, malestar, etc., así como la duración de la enfermedad.

Han comprobado que el lote que recibió placebo no experimentó ninguna reacción beneficiosa, lo que era de esperar, dado el carácter infeccioso del cuadro.

De los que recibieron tratamiento activo, los mejores resultados los obtuvieron con el preparado comercial estudiado y con el preparado a base de quinina, siendo menor la eficacia del preparado a base de sulfamida.

De manera general permiten deducir de su estudio que un preparado antigripal eficaz no necesita quimioterápicos del tipo de las sulfamidas, pues resulta poco útil su administración.

La asociación de antitérmicos con quinina y con un antihistamínico parece ser la más eficaz, señalando los autores que el preparado comercial por ellos estudiado une a su eficacia las pequeñas concentraciones que contiene de sus componentes.—G. Guillén Martínez.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960
CONGRESOS

IV REUNIÓN DE LOS GINECÓLOGOS ESPAÑOLES

(Madrid, 28 de septiembre - 1 de octubre de 1960)

En los primeros días de otoño tuvo lugar en la capital de España, siempre animada y acogedora, la *IV Reunión de Ginecólogos Españoles*, a la que asistieron más de cuatrocientos especialistas de toda España y algunos doctores extranjeros, especialmente invitados, principalmente de Francia, Alemania y Bélgica.

Los actos se iniciaron en la tarde del 28 de septiembre, en el magnífico marco de la Facultad de Medicina, en la Ciudad Universitaria, presididos por el director general de Sanidad, doctor don Jesús García Orcoyen.

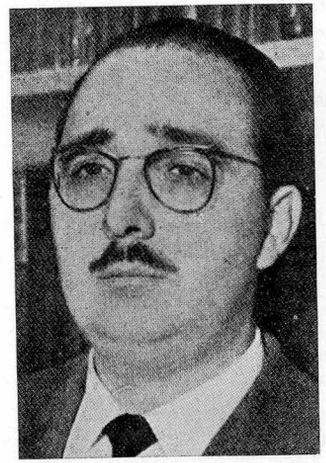
Esta sesión de apertura, en la que todos cuantos participaron tuvieron la elegancia y el acierto de ser elocuentes y brevísimos en sus manifestaciones, comenzó con unas palabras del secretario de la Reunión y de la Sociedad Ginecológica Española, doctor Orengo, que hizo la presentación de los congresistas. A continuación, el doctor Botella Llusiá, presidente de la Sociedad Ginecológica y de la Reunión, agradeció a los participantes su asistencia a las deliberaciones y se congratuló de las muchas ponencias presentadas. También hizo uso de la palabra el doctor Velázquez, decano de la Facultad de Medicina de Madrid, quien puso a disposición de los asambleístas las instalaciones de la Facultad. Con los anteriores doctores figuraron en la mesa presidencial el profesor de la Maternidad Provincial de Madrid doctor Parache; el director de la de Barcelona,



Presidencia de la sesión inaugural. El doctor Botella durante su saludo a los congresistas. De izquierda a derecha: doctores Parache, Velázquez, García Orcoyen, Botella y Dexeus Font.

(Fot. de los Lab. Abelló.)

doctor Dexeus, y presidió el director general de Sanidad, doctor García Orcoyen, quien, finalmente, y en nombre de los ministros de Educación Nacional y de la Gobernación, declaró abierta esta *IV Reunión de Ginecólogos.*



El doctor Botella, Presidente del comité local

Después de la apertura, el doctor García Orcoyen inauguró también la Exposición Científico-Médica, que recorrió detenidamente y en la que se exhibía instrumental médico-quirúrgico, especialidades farmacéuticas y bibliografía, siendo muy visitada por los asistentes, durante los días sucesivos.

Al siguiente día se celebró la primera sesión de trabajo, verdaderamente intensivo, como en todos los días sucesivos, ya que en ellos se han leído más de ciento treinta trabajos, aparte de las ponencias y mesas de discusión. Hecho que sólo es posible merced a la buena organización que el profesor Botella sabe imprimir a estas reuniones, llevando al límite la reglamentación en la lectura e intervenciones, a lo que, por otra parte, los ginecólogos también nos hemos acostumbrado dócilmente a través de las reuniones pasadas, sabiendo que esto permite escuchar la presentación y conocimiento de todos los asuntos fijados en el programa.

No se admitieron más comunicaciones que las estrictamente afines a las ponencias presentadas, que fueron las siguientes:

«*Influencia del factor social y de la conducta obstétrica sobre la mortalidad perinatal*», problema que fue presentado por el profesor Bedoya y desarrollado en distintas subponencias, con sus correspondientes discusores oficiales por los doctores Dexeus, Agüero, Parache, López de la Osa, Vanrell, Abad Colomer, Orengo, Sopeña, Novo, Relova, Pereira, Martínez, González Merlo, Martínez Hernández y Alarcón.

El tema, tanto por su interés como por la personalidad de los ponentes, mereció preferente acogida y fue completado más tarde por una *Mesa redonda de discusión* que llevó como coordinador el doctor Abad Colomer,

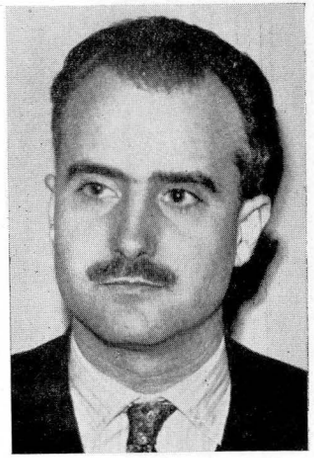
ALGUNAS FIGURAS DESTACADAS DE ESTA REUNIÓN



Profesor Bedoya



Profesor Gil Vernet



Profesor Salvatierra

de Valencia, y en la que tomaron parte los profesores Botella, Bedoya, Agüero y Novo, y los doctores Dexeus, Vanrell, Relova, Martínez, Parache, López de la Osa, Orengo y Sopeña.



El doctor Orengo, Secretario general

Nota simpática fue la asistencia del doctor Vital Aza, antiguo presidente de la Sociedad, al que se hizo la distinción de presidir una de las sesiones de trabajo.

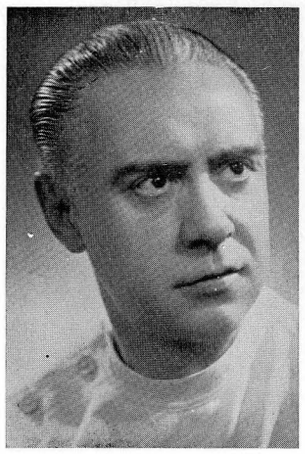
La sesión del día 30 se dedicó íntegramente al estudio de la «*Patología benigna del cérvix uterino*», tema que, como el anterior, fue distribuído exhaustivamente en distintos capítulos, de los que se ocuparon los profesores Gil Vernet, Recaséns y Salvatierra, así como los doctores Otero, González Merlo, Varela, Del Sol, Galbis, Nogales, Rodríguez Soriano y Fernández Ruiz.

El tema permitió conocer toda la histopatología, colpocitología y alteraciones epitelioatípicas del cérvix y de sus formaciones vegetantes y poliposas, y a pesar de su aridez, fue atentamente seguido, demostrándose la importancia del conocimiento de las alteraciones metaplásicas e inflamatorias, para un exacto diagnóstico de muchos cuadros confusos.

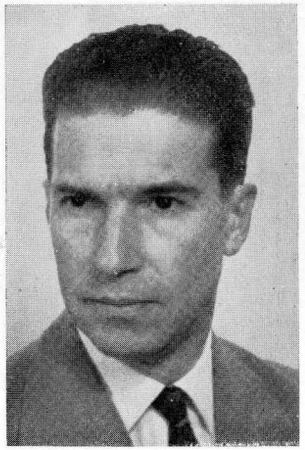
Al igual que la anterior ponencia, fue también seguida de una *Mesa redonda de discusión*, interviniendo como coordinador el doctor Sopeña y participando en ella las siguientes personalidades: profesores Gil Vernet, Recaséns, Botella, Bedoya, Otero, Varela, Del Sol, Galbis, Rodríguez Soriano, Nogales y Fernández Ruiz.

La última ponencia fue la del «*Tratamiento de la obstrucción tubárica*», que fue expuesta el día 1 de octubre, con procedimiento idéntico al seguido los días anteriores con las otras ponencias, siendo desarrollada parcialmente por los profesores Salvatierra y Cónill Serra y los doctores Carreras Roca, Muñoz Ferrer, Domínguez, Peña Regidor, De la Fuente y Gálvez Ruiz. En ella se expusieron los resultados y criterios frente a la obstrucción de las trompas y los distintos aspectos de la cirugía tubárica y permeabilización.

ALGUNAS FIGURAS DESTACADAS DE ESTA REUNIÓN



Doctor Fernández Ruiz



Profesor Cónill Serra



Doctor Dexeus

En la consabida *Mesa redonda* se afrontó el problema del «Tratamiento de las obstrucciones tubáricas», interviniendo en la discusión los doctores Parache, Salvatierra, Cónill Serra, Botella, Recaséns, Bonilla, Carreras, Vilar, Peña Regidor, La Fuente y Gálvez, actuando como coordinador el doctor Matéu Aragonés.



El doctor Parache, Vicepresidente del Comité Local y elegido para la Presidencia de la Sociedad Ginecológica

Las presidencias de las distintas sesiones de cada día fueron desempeñadas: las del día 29 de septiembre, por los doctores Botella, Bedoya, Bonilla, Salvatierra, Dexeus y Cónill Serra; las del día 30, por los doctores Novo, Agüero, Vital Aza, Horno Liria, Parache y Gil Vernet, y las del día 1 de octubre, por los doctores Vanrell, Botella, Fernández Ruiz, Recaséns y Macías de Torres.

Durante esos días hubo, como es natural, diversos actos sociales, muy simpáticos, agradables y brillantes, culminando con el banquete oficial de gala, en el Castellana Hilton, clásicamente ofrecido a los ginecólogos por la firma *Laboratorios Schering*. Pero todos ellos tan bien dosificados, que ninguno perturbó el trabajo y todos cumplieron el objetivo de proporcionar solaz y esparcimiento, sin dar lugar a gran acumulación de fatiga. El Comité de Damas, por su parte, atendió con distintas visitas y excursiones a las señoras asistentes.

En la *Junta general extraordinaria de la Sociedad Ginecológica* se procedió a la votación para la renovación de la Junta, siendo designada la siguiente:

Presidente, Enrique Parache Guillén (Madrid); vicepresidente primero, Víctor Cónill Serra (Salamanca); vicepresidente segundo, V. Salvatierra Matéu (Granada); secretario general, Francisco Orengo Díez del Castillo (Madrid); secretario de actas, Angel Sopeña (Madrid); tesorero, Amando Sánchez Atienza (Madrid); contador, Carlos Rohbach Rojí (Madrid); bibliotecario, Abelardo Caballero Gordo (Madrid); vocales: Eugenio Recaséns (Cádiz), Emilio Molinero (Santander), Eduardo Teixeira (Zaragoza), Pablo de la Peña Regidor (Santa Cruz de Tenerife).

Para la próxima Reunión, que tendrá lugar en 1963, se eligió por mayoría casi unánime, a propuesta del doctor P. de la Peña Regidor, el celebrarla en las Islas Canarias, dando así esta prueba de confianza y de aliento a la incipiente filial allí constituída, recientemente, con tan gran éxito.

Desde estas páginas nos asociamos sinceramente a ese acuerdo y hacemos votos por el nuevo éxito que, sin duda alguna, ha de seguir a los hasta ahora logrados.

R. Horno Liria

EL «X CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA»

(24-27 octubre 1960, Madrid)

ANTE el verdadero acontecimiento pediátrico de este décimo Congreso Nacional, yo recordaba las palabras de Jouvelier: «Se acerca el día en que los hombres que no trabajen por el bien común se verán escarnecidos por los demás».

No se trataba de un simple trabajo. Estábamos ante un esfuerzo máximo realizado por unos hombres que quisieron dar el mayor esplendor y sacar el mayor producto posible a esta reunión nacional de pediatras. Para ello no escatimaron desvelos, esfuerzos ni sacrificios, y supieron vencer lo peor de todo: el conseguir organizar a más de mil trescientos congresistas, de forma que ninguno se viera abandonado, se sintiera postergado ante el inevitable amontonamiento propio del excesivo número, que hace dificilísimo el que todos se sintieran cómodos y ninguno se sintiera desatendido.

Y todo esto se consiguió gracias a cuatro hombres dispuestos al mayor esfuerzo; cuatro hombres que supieron atendernos, a todos, en todo momento, con la mayor amabilidad y con la mejor intención.

Si alguno, en algún momento, no encontró inmediatamente el calor que esperaba, surgía en seguida, siempre, el que lo atendía con el mejor afán y le hacía olvidar aquello.

Por esto tenemos que recordar estos cuatro nombres, que pertenecen nada menos que a quienes no saben vivir sin dar la mayor actividad posible al sentido de su vida y que para ellos, sin duda, estos días de sobreesfuerzo estarían hasta llenos del aliciente de la faena diaria incrementada por la novedad de esta organización.

Y éstos fueron: el presidente del Comité Ejecutivo, don Juan Bosch Marín; su vicepresidente, don Ciriaco Laguna, y los secretarios, Navas Miguel'oa y Crespo Santillana.

El sábado día 22, por la tarde, ya estaban los mil y pico congresistas recogiendo su cartera negra, de piel, obsequio de los laboratorios inscritos como congresistas protectores. Dentro de la misma iba, con toda la documentación, un juego completo de las ponencias a discutir, invitaciones para todos los actos sociales, el programa del Congreso, un artístico banderín conmemorativo del mismo y toda una baraja de los tarjetones a canjear por los obsequios que los referidos laboratorios protectores donaban a los congresistas numerarios y agregados.

De la plaza de España, la Secretaría del Congreso se trasladó al magnífico edificio de la Casa Sindical, en el paseo del Prado.

Y en este magnífico marco, del más moderno estilo arquitectónico y con un maravilloso salón de actos, se fueron desarrollando los actos científicos y sociales del Congreso.

El domingo por la tarde, a las siete, tuvo lugar la misa en la capilla del Hospital del Niño Jesús, en memoria de los pediatras y puericultores fallecidos. No cabíamos en el templo, profusamente iluminado, los pediatras que con nuestros familiares acudimos al mismo. Las autoridades sanitarias y todos los miembros del Comité Ejecutivo, con su presidente, presidieron tan solemne y emotivo acto.



El doctor Bosch Marín
Presidente del Comité ejecutivo del Congreso

A continuación, en la noche de aquel mismo domingo, día 23, nos trasladamos todos a los jardines de don Cecilio Rodríguez, del Parque del Retiro, donde el Ayuntamiento de la capital de España nos ofreció una recepción, haciendo los honores de la misma el teniente de alcalde don José María Gutiérrez del Castillo, en nombre del alcalde, acompañado por varios concejales.

Verdaderamente, era digno del mayor elogio el marco que habían escogido las autoridades madrileñas para recibirnos, para abrazarnos. Dentro de aquel marco de ensueño, lleno de luces multicolores, de juegos de agua y de un exquisito vino español, nos encontramos todos después de varios años de no vernos, y las exclamaciones de alegría y de emoción, por volvernos a ver al cabo de varios años, tenían la alegría sana y el propósito hermoso de aprovechar unos días de convivencia para querernos y unirnos más y para ayudarnos en la tarea diaria de curar a los niños enfermos.

Bosch Marín nos habló de nuestros problemas sociales, humanos y profesionales, como si fuera nuestro hermano mayor que nos contaba cómo no se perdía todo nuestro esfuerzo y cómo los datos y estadísticas demostraban que el resultado de nuestra labor era bien halagüeño y convincente, haciendo historia de los nueve congresos celebrados anteriormente y destacando hasta dónde habíamos conseguido llegar con nuestro humilde batallar diario.

El lunes día 24, por la mañana, fue el profesor Galdó el que abrió, con llave de oro, el trabajo científico del Congreso, estudiando los problemas perinatales, como relator de su ponencia. Hizo un estudio general sobre los estados neonatales, planteando el importante problema perinatal, todavía poco considerado, pero necesario como base previa a los estudios generales sobre el recién nacido. Se establece el concepto *neonatal* como «la situación biológica y clínica del recién nacido, al nacer y primeros días de su vida», y se revisan los términos empleados, haciéndose crítica de los mismos. Se valora el término neonatal y el estado neonatal, y se demarcan los estados neonatales, señalándose el interés demográfico-estadístico del estudio de los estados naonatales.

A continuación, Sancho Martínez nos habla de la «Etiología de las malformaciones congénitas». Con su experiencia extensa, llega a la conclusión, mantenida hace años por él mismo, de la etiología preponderantemente genética de las afecciones congénitas. Los factores físicos, químicos, carenciales, biológicos, etc., serían desencadenantes. Es preciso llegar a conocer los factores mutantes para evitar las mutaciones patológicas, favoreciendo, por el contrario, las convenientes para la evolución humana.

Antes de seguir adelante destacaremos que quizá lo más importante de este Congreso ha sido la colaboración en el mismo, con su gran bagaje de conocimientos específicos, de los especialistas de las diversas ramas de la Medicina, de las distintas especialidades, que han aportado con su presencia una gran clase y una mejor solución a problemas que los pediatras no podían alcanzar y conseguir por sí mismos. Ha sido todo como una gran labor de equipo, en la que los pediatras hemos consultado a los demás especialistas de la Medicina y les hemos dado también nuestra experiencia y nuestros conocimientos.

Por esto el profesor Botella Llusiá, con su hermano Carlos —en quien se adivina un pediatra del futuro en plena vanguardia— y con Heraclio Martínez Fernández, han venido a darnos un detenido y completo estudio de las «Causas de la mortalidad perinatal»; pero también nos han dado una rama nueva de nuestra especialidad, de importancia vital en lo que se refiere a la mortalidad infantil, y es la de la «Obstetricia pediátrica».

En su ponencia estudian un material homogéneo de trece mil partos, de un gran Servicio de urgencia obstétrica, y encuentran una mortalidad, *no corregida*, del 5'3 por ciento. Practican seiscientas autopsias, que estudian macro y microscópicamente, encontrando como causa de muerte, por anoxia, el 20 por ciento; seguida de traumatismos obstétricos, en el 13 por ciento de los casos, y encontrando una mortalidad neonatal más importante por *neumopatías*, en el 25 por ciento de los casos, seguida de *gastroenteropatías*, en el 9'8 por ciento de los casos. Las malformaciones congénitas eran iguales en el ante que en el postparto y ascendían al 10 por ciento de los casos. De las lesiones traumáticas, la más frecuente era la *hemorragia craneal*, pudiéndose producir lo mismo en los partos espontáneos. Un número muy alto de hemorragias craneales son producidas por un mecanismo intermedio de *anoxia*. La *anoxia fetal* es el gran problema del parto. Sus mecanismos etiológicos son múltiples. Pero en ellos juegan un importante papel la estructura placentaria y la dinámica uterina. La obstetricia del futuro los deberá tener en cuenta para mejorar los resultados de morbilidad y mortalidad perinatal.

El problema de la sífilis ya perdió actualidad.

La prematuridad, por un lado, y la diabetes embriopática, pueden causar grandes estragos en la vida del recién nacido y del feto.

Muy completos y muy interesantes fueron los trabajos, de Monereo, sobre «Malformaciones esófago-diafragmáticas», y de Aldecoa y Aspiazu, sobre «Alimentación del prematuro». Después, Boix Barrios estudió las «Anemias del prematuro» y su origen por inmadurez medular, como etiología más frecuente e importante.

Arbelo estudia después «La mortalidad perinatal en nuestra demografía», y Picañol y Claret Corominas hacen un completo estudio de las «Malformaciones pelvi-perineales». Garrido Lestache Cabrera, la «Obstrucción intestinal en el recién nacido».

La Mesa de esta primera ponencia sobre los «Problemas perinatales» fue presidida por el profesor Sala, de Valencia.

Después de estas brillantes comunicaciones se inauguró la magnífica exposición aneja

al Congreso, sita en la sala de exposiciones de la Casa Sindical, donde, además de los «stands» de los diversos laboratorios protectores, magníficamente presentados, y del bar montado por la casa «Nestle», con consumición gratuita para los congresistas, estaban las estupendas gráficas, fotografías y estudios de las cátedras de Madrid y Cádiz, Escuela de Puericultura de Valencia, Clínica de Nuestra Señora de la Concepción y del Centro de Prematuros de Barcelona, del doctor Ballabriga. Las fotografías en color y los estudios gráficos, y toda la exposición presentada por Ballabriga, nos llevan a la mayor y mejor admiración por la labor de estudioso y de investigador completo, con un afán de superación digno de la mayor admiración, de este gran especialista de la Medicina infantil, que tanta gloria tiene que darle todavía a la Pediatría española.

Los *stands* de «Auxilio Social» y Sección Femenina nos demostraban con sus gráficas e incluso con sus cunas y ropas de recién nacidos presentadas y con sus fotografías, etcétera, nos daban una panorámica de la tarea que realizan estos centros sociales, con dos mil setecientas divulgadoras rurales, sus enseñanzas de Puericultura, su Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios y su reconocimiento médico a las juventudes femeninas.

Destacaba en este *stand*, junto a las modernas ropas confeccionadas con ternura para los recién nacidos, una cuna zamorana del siglo XVIII.

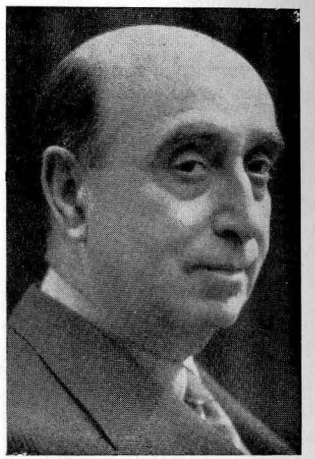
Aquella tarde se proyectaron películas científicas, a las cuatro, y a las cinco se reanudó la sesión científica, para empezar con el coloquio sobre las ponencias expuestas por la mañana, interviniendo los congresistas Ballabriga, Laffons, señorita Liria Urquiza, de La Habana (que fue muy aplaudida por su magnífica aportación); Navas Migueloa, Knapp, Moragas, Parra, Comet, Martínez Mora, Roviralta, Bardají, Comín, De la Villa, etc.

Después, en sala aparte, fueron leídas hasta sesenta comunicaciones sobre el tema.

Todo esto nos dará idea de la ímproba labor del Congreso en un solo día.

A continuación, dos profesores extranjeros, los doctores Salazar de Sousa y Maurice Lust (de Portugal y Bélgica, respectivamente), dieron, cada uno, una magnífica conferencia, el primero sobre «Forma osteopática de la enfermedad de Wilson en el lactante», con magníficas proyecciones, y el segundo sobre «Estudio y tratamiento de los niños nacidos con alteraciones psico-cinéticas». Todos los congresistas atendimos con el mayor interés ambas comunicaciones y aplaudimos al final calurosamente por las dos magníficas lecciones recibidas.

El día 25 fue otro día redondo. Otro día bien aprovechado por sus magníficas lecciones y porque ninguna de ellas tuvo desperdicio.



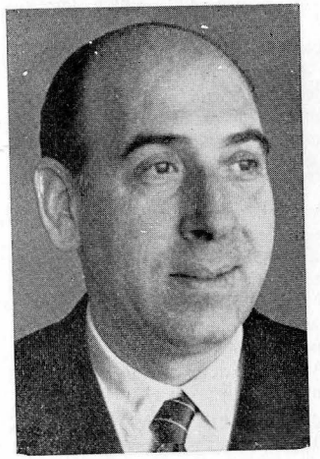
El doctor Blanco Soler

Los doctores Obrador Alcalde, Peña Guitián, Carbonell, Elio, Oliveros y Ortiz González nos hablaron de «El diagnóstico y tratamiento de los tumores intracraneales en la infancia». Las fotografías, microfotografías y demás, presentadas, eran dignas de un concurso; lo mismo que las que nos presentaron Gubern Salisachs y Márquez Gubern en su ponencia sobre «Tumores sacro-coxígeos», y las interesantes radiografías y fotografías, profusas y variadas, que nos presentó Sánchez Villares en su ponencia sobre «Clínica de los procesos tumorales de tórax». También las radiografías de M. Ferrer sobre «Tumores óseos en la infancia» fueron interesantísimas, y, por último, escuchamos la ponencia de Torres Marty sobre «Leucemias en la infancia».

Creemos importante destacar el estudio etiológico y patogénico presentado por Gubern Salisachs sobre patología animal, con unas maravillosas e interesantísimas fotografías de fetos antropoides y una sugestiva teoría que nos entusiasmó por su buen y perfecto sentido investigador.

Bonito en verdad el estudio que hizo este autor sobre los «Antecedentes históricos de los tumores sacro-coxígeos. Su mayor frecuencia en las mujeres, que le hizo exclamar a Calbet, recordando la frase de Aristóteles: «El primer error de la Naturaleza fue crear a la mujer».

Delicada y exquisita fue la conferencia que, a continuación del coloquio de la ponencia, nos dio el presidente de la Asociación de Escritores y Artistas Médicos y decano de la Beneficencia Municipal de Madrid, doctor Blanco Soler, sobre «Homenaje a los maestros de la Pediatría española».



El profesor García Orcoyen
Director General de Sanidad

Antes de esta brillantísima conferencia, la delegada nacional de la Sección Femenina, con las doctoras Azarola, como presidenta de mesa, y Losada, como relatora, y las correlatoras M. Rodríguez de Torner, D. Vilar Gallego y H. Adrados, celebraron una sesión científica que versó sobre «Actuación de la mujer en el campo de la especialidad».

El doctor Alvarez Sierra presentó a Blanco Soler, destacando cómo él consideraba que en España actualmente había tres oradores, los más completos en conocimientos, amenidad y profundidad de sus comunicaciones: eran Aunós, García Sanchiz y Blanco Soler. Ibamos a escuchar, quizá, al mejor de los tres. Y así nos pareció a nosotros.

Por la noche, una cena-baile en el *Plaza* fue el mejor epílogo al cansancio que pudiéramos tener del esfuerzo mental que tuvimos que realizar en el transcurso de tan ajetreado día.

La Mesa de las ponencias sobre «Tumoraciones en la infancia» fue presidida por el profesor Martínez García, de Barcelona, y actuó de relator el profesor Laguna, de Madrid, siendo secretarios de las reuniones los doctores Navas y Crespo, de Madrid. Los doctores Raventós, Comet, Crespo, Suárez, Knapp, Ley, Palomeque, etc., intervinieron en el coloquio, dando la mayor brillantez al mismo.

El día 26 versó la ponencia sobre el «Hospital infantil como centro sanitario social». Presidió la mesa el profesor García Orcoyen, director general de Sanidad, y actuaron como correlatores los doctores Lorente Sanz (catedrático de Pediatría de Zaragoza) y Blanco Otero, y como correlatores, Selfa, que habló de «Estructura física y funcional del hospital infantil»; Aragó, «Rendimiento del hospital infantil»; Zamora, «El servicio social en el hospital infantil»; Bardají, sobre «Hospitalización en el S. O. E.»; Navas Migueloa y Vallejo Vallejo, sobre «Organización y funcionamiento de un centro de prematuros»; Alonso Muñoyerro, «La hospitalización del niño abandonado», y Ruiz Santamaría, que disertó sobre «Hospitalización del niño y su formación pedagógica».

El doctor García Orcoyen resumió, con las mejores palabras de verdadero maestro, todas las intervenciones. Destacó el carácter del hospital infantil moderno, sin olvidar el problema familiar de los hospitalizados. Terminó su elocuente disertación refiriéndose a la oportunidad de esta ponencia, que hace llegar hasta las autoridades de la Sanidad, de forma casi corporativa, este capítulo de la necesidad de servicios hospitalarios infantiles en nuestra Patria, y haciendo votos por el fructífero resultado de las deliberaciones del Congreso. Fue clamorosamente aplaudido.



Doctor Lorente Sanz

A continuación se obsequió con un «cocktail», en el *Palace*, por los Laboratorios Almirall, y por la noche se les invitó a representaciones teatrales que se celebraron, en honor de los congresistas, en varios teatros de la capital de España, por los que fueron repartidos los mismos con sus familiares agregados.

En la mañana del día siguiente prosiguió el coloquio de la tercera ponencia, que fue resumido por nuestro catedrático de Pediatría doctor don Antonio Lorente Sanz. Su oración fue verdaderamente magistral y aplaudida con la más natural efusividad por parte de todos los asistentes, admirados de su magnífica y completa disertación.



Profesor Suárez

Todos esperábamos con verdadera inquietud científica que nos pusiesen al día el problema de las anoxias y reanimación del recién nacido, y los problemas de la neuropsiquiatría infantil. Pero el tiempo no permitía sino que se celebrasen estas dos mesas redondas al mismo tiempo. Nosotros asistimos a la primera de ellas, que tuvieron lugar el día 27, último del Congreso, y en verdad que fue como el mejor broche de oro a toda la parte científica del mismo.

La Mesa fue presidida por el profesor Suárez. Intervinieron en la discusión todos los doctores que, por estar al frente de los centros de recién nacidos, tenían particular experiencia personal sobre este interesantísimo problema de la patología del neonato.

Se incluyeron dos obstetras para, con su colaboración, llegar al máximo en el problema etiopatogénico de este tema tan candente de la Pediatría contemporánea. Fueron estos los profesores Sánchez López y Bedoya. Y en verdad que su colaboración dio verdadero interés y solidez científica a las decisiones de esta ponencia interesantísima.

Los pediatras que formaban la mesa redonda eran los doctores Aldecoa, Arbelo, Ballabriga, Boix Barrios, Goday, Laffon, Navas, Peña, Rodríguez Sacristán, Carbonell, L. de la Villa, Bardají, Selfa, Alvarez, Sala, Salazar de Souza, etc., entre los que recordamos mejor.

Excusamos destacar el resultado tan fructífero conseguido de un coloquio hecho por tan destacadas personalidades de la Pediatría actual. Y como epílogo a tan estupenda exposición, el resumen hecho por el profesor Suárez, con su brillantez de siempre.

Por la tarde, los puericultores se reunieron con el secretario general de Sanidad, delegado nacional de «Auxilio Social», secretario general del Consejo Superior de Protección de Menores y subdelegado general de Servicios Sanitarios del I. N. P., para estudiar los temas de Padiatría social, en los que se habló de Puericultura del Estado, de «Auxilio Social», de la Obra de Protección de Menores, S. O. E., etc.

Luego, el doctor Bosch Marín nos habló de sus puntos de vista, y en la sesión de clausura se acordó la celebración del próximo Congreso en Canarias, con el profesor Laguna y el doctor Jaso como presidentes.

Patriciparon en este Congreso los especialistas extranjeros siguientes: doctor Henry Tray, de Gibraltar; Santos Bessa, de Coimbra; Eugenio Lavagna, de Ravena (Italia); Beza Goñi, de Chile; Cordero Ferreira, de Lisboa, y Almeida Garret, de Oporto, además de los ya citados, Salazar de Souza y Lust, y Knapp, de Hamburgo; Düren, de Alemania; Areias, también de Oporto; Talhammer, de Viena; Gebhardt, de Columbia (Estados Unidos, y Kesslee, de California (Estados Unidos).

No podemos olvidar la maravillosa despedida que nos ofreció la casa «Nestle» en los salones del Hotel Palace, donde, además de una cena fría, se hizo una rifa de costosos regalos para los congresistas, y hubo desfile de modelos y actuación de artistas de la categoría de las hermanas Benítez, Gila, etc., amén de las orquestas de Guardiola y Bernard-Hilda.

Era muy avanzada la madrugada cuando nos despedímos todos en este magnífico festival, con la ilusión de encontrarnos el próximo Congreso y recordando las palabras de Santa Teresa: «Es gran bien tener grandes deseos, ya que no pueden ser grandes obras.»

Dr. Antonio Mallóu Labrador

CLÍNICA Y LABORATORIO
Número 416 - Tomo LXX
Noviembre 1960
SECCIÓN VARIA

Universidad de Salamanca
Seminario de Historia de la Medciina española

LAS OPINIONES MÉDICAS DEL PADRE FEIJOO

por el

Dr. Luis S. Granjel

Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Salamanca

Permítaseme iniciar esta rememoración de la obra médica del Padre Feijoo con unas sumarias consideraciones previas [1]; atañe la primera al título que la encabeza. He querido titular a las reflexiones médicas que el gran benedictino incluye en su obra «opiniones» porque, ciertamente, aquéllas, espero probarlo, sumadas, constituyen tan sólo un rosario de sugerencias fruto más de la curiosidad que de la erudición; carecen de volumen y densidad doctrinal para merecer el calificativo de ideario o sistema médico; su carácter fragmentario o inconexo no anula, ni amengua siquiera, la alta significación histórica que cabe conceder a la intromisión del Padre Feijoo por los campos del saber médico y el quehacer profesional, pues tal incursión obró más como suscitadora de problemas, inquietando, hasta el límite de la agria polémica en ocasiones, la encalmada o mejor mortecina sociedad médica española de su tiempo. Hace sólo unos pocos años, y es esta la segunda consideración previa que deseaba exponer, al dar a conocer el fruto de mis estudios sobre otra gran figura monástica del *setecientos*, autor de importante obra médica, el Padre Antonio José Rodríguez [2], hube de establecer parangón entre su labor y la realizada por Feijoo; tal comparación fue planteada, anteriormente, por Marañón, en beneficio del benedictino; y lo hice favoreciendo, creo que con justicia, al cisterciense de Veruela; deseo hoy reparar o justificar, en lo que pudiera considerarse apasionado, y por ello reprobable, aquel juicio mío sobre Feijoo.

---

[1] La índole del trabajo hace inadecuada toda referencia biográfica así como cualquier alusión a los aspectos no médicos de la obra del Padre Feijoo. Sobre su vida y su obra cfs. Emilia Pardo Bazán: *Estudio crítico de la obra de Feijoo* (Madrid, 1877; M. Morayta: *El Padre Feijoo y sus obras* (Valencia, s. f.), y A. Millares: Prólogo a la edic. del *Teatro Crítico Universal*. Clásicos Castellanos (Madrid, 1923). En parte, el tema que en el presente estudio se expone ha sido tratado por Gregorio Marañón en su tan conocida obra *Las ideas biológicas del Padre Feijoo* (segunda edic.; Madrid, 1941).

[2] Luis S. Granjel: *El pensamiento médico del Padre Antonio José Rodríguez*. Publicaciones del Seminario de Historia de la Medicina. Serie A. Estudios, tomo I, núm. 4, páginas 223-302. Salamanca, 1957.

La obra médica de Feijoo

Enumeraré, primero, los escritos de índole médica incluídos en la obra feijoniana; la variedad de aspectos del saber y el quehacer médicos tratados por Feijoo son buen testimonio de su interés por tales cuestiones. Temas médicos hacen aparición en su obra desde el primer volumen de su *Teatro Crítico* y no dejan de reaparecer, con regularidad, hasta los últimos volúmenes de las *Cartas*. En el volumen primero del *Teatro Crítico Universal* [3], son de tema médico los «discursos» quinto («Medicina») y sexto («Régimen para conservar la salud») [4]. En el segundo volumen de la misma obra desarrollan cuestiones tocantes a la Medicina los «discursos» décimo («Días críticos») y catorce («Paradoxas Physicas. Paradoxa XII: Possible es naturalmente restituir la vista a un ciego») [5]; en el mismo volumen figuran tres escritos polémicos, los dos primeros relacionados con la defensa hecha por Feijoo de la ideología escéptica del doctor Martín Martínez [6], y el tercero, mera prolongación de los anteriores, dirigido al doctor José Cervi [7]. Del volumen cuarto del *Teatro* interesan el cuarto «discurso», titulado «El médico de sí mismo», al que se añade un «Apéndice contra el Doctor Lesaca» [8], y el «discurso» catorce, titulado «Glorias de España, Segunda Parte» [9]. Al quinto volumen corresponden los «discursos», todos de tema médico, «Señales de muerte actual» («discurso» sexto), «El aphorismo exterminador» («discurso» séptimo) y «El gran magisterio de la experiencia» («discurso» once, párrafos XI-XVII) [10]. En el séptimo volumen incluye Feijoo los «discursos», ambos sobre cuestiones médicas, noveno («La Quaresma salutífera») y catorce («De lo que sobra y falta en la Enseñanza de la Medicina») [11]. Por último, el tomo octavo del *Teatro* incluye, en su «discurso» décimo el amplio escrito «Paradoxas Medicas» [12].

De las *Cartas* [13], y en su volumen primero, interesan los escritos siguientes: «Sobre el influxo de la Imaginación materna, respecto de el feto» («carta» cuarta); «Respuesta a la consulta sobre el Infante monstruoso de dos cabezas, etc.» («carta» sexta); «Con ocasión de haberse enterrado, por error, a un hombre vivo en la Villa de Pontevedra, etc.» («carta» octava); «A un Médico, que envió al Autor un Tratado suyo, sobre las utilidades de la Agua, bebida en notable copia, y contra los Purgantes» («carta» trece); «A un Médico, que envió al Autor un Escrito,

[3] El *Theatro Crítico Universal o discursos varios, en todo género de materias, para desengaño de errores comunes*, es citado por la edición de Madrid (Imp. de Lorenzo Francisco Mojados e Imp. de Francisco del Hierro), publicada entre 1726 y 1740.

[4] *Theatro*, I, págs. 104-41 y 142-69, respectivamente.

[5] *Theatro*, II, págs. 200-11 y 266-68, respectivamente.

[6] *Theatro*, II: «Carta defensiva, que sobre el primer tomo del Theatro Crítico Universal... le escribió su más aficionado amigo Don Martín Martínez, etc.» (págs. 289-320) y «Respuesta al Doctor Don Martín Martínez, del Rmo. P. Mtro. Fr. Benito Feijoo, benedictino» (páginas 321-52).

[7] *Theatro*, II: «Veritas vindicata adversus medicinam vindicatam, auctore R. P. M. Fr. Benedicto Feijoo, benedictino. Ad Illustrissimum D. Iosephum Cervi, etc.» (págs. 353-84). En el tercer volumen del *Theatro* (págs. 334-66) se reproduce la versión castellana de esta carta.

[8] *Theatro*, IV, págs. 64-88 y 88-98, respectivamente.

[9] *Theatro*, IV, págs. 378-83 (el tema médico de este «discurso» explaya en sus párrafos IX-X).

[10] *Theatro*, V, págs. 124-49, 150-58 y 266-84, respectivamente.

[11] *Theatro*, VII, págs. 226-38 y 336-46, respectivamente.

[12] *Theatro*, VIII, págs. 208-311.

[13] *Cartas Eruditas y Curiosas, en que por la mayor parte se continúa el designio de el Theatro Crítico Universal, impugnando o reduciendo a dudosas varias opiniones comunes*. Esta obra se cita por la edición hecha en Madrid, entre 1751 y 1777 (Imprenta de Herederos de Francisco del Hierro, Imprenta Real de la Gaceta e Imprenta de Pedro Marín).

en que impugnaba el de otro Médico, sobre el excesivo uso del Agua en la Medicina» («carta» catorce); «De los escritos Médicos del Padre Rodríguez» («carta» quince); «De los remedios de la Transfusión de la sangre» («carta» dieciséis); «De la Medicina Transplantatoria» («carta» diecisiete); «Sobre la virtud curativa



de Lamparones, atribuída a los Reyes de Francia» («carta» veinticinco) y «Sobre la ignorancia de las causas de las enfermedades» («carta» cuarenta) [14]. En el segundo volumen de las *Cartas* figuran los escritos «Experimentos del remedio de Sofocados, etc.» («carta» novena) y «Uso más honesto de la arte Obstétrica» («carta» diecisiete) [15]. Del volumen tercero son de tema médico las «cartas» cuarta («So-

[14] *Cartas*, I, págs. 59-74, 83-104, 109-17, 146-50, 151-53, 154-59, 160-64, 165-73, 216-24 y 337-42, respectivamente.

[15] *Cartas*, II, págs. 119-30 y 234-39, respectivamente.

bre el libro intitulado: («Sobre el libro intitulado: El Académico antiguo contra el Scéptico moderno»), sexta («Sobre una disertación médica»), novena («Sobre un libro nuevo de Medicina»), dieciséis («Sobre cierta lesión de la vista de un Caballero, etc.»), veintiocho («Del descubrimiento de la circulación de la sangre, hecho por un Albeytar Español») y treinta («Reflexiones phylosóficas, con ocasión de una criatura humana hallada por ha en el vientre de una cabra») [16]. Al volumen cuarto de las *Cartas* pertenecen los escritos «De la charlatanería médica, etc.» («carta» cuarta); «Sobre la invención del arte, que enseña a hablar los mudos» («carta» séptima); «Pidió un amigo al autor su dictamen en orden a los Polvos purgantes del Doctor Ailhaud, etc.» («carta» novena); «Algunas advertencias Physicas, y Médicas, etc.» («carta» once); «Que en varias cosas pertenecientes al régimen para conservar o recobrar la salud, es mejor gobernarse por el instinto, que por el discurso» («carta» diecisiete) y «Que no ven los ojos, sino el Alma; y se extiende esta máxima a las demás sensaciones» («cartas» veintiséis) [17]. Finalmente, en el quinto volumen son de tema médico las «cartas» octava («Dase noticia, recomiéndase la doctrina del famoso Médico Español D. Francisco Solano de Luque»), once («Sobre la Ciencia Médica de los Chinos»), doce («Respóndese a cierto reparo, que un Médico docto propuso al Autor, etc.»), dieciocho («Descubrimiento de un nuevo remedio, etc.») y veintiuno («Sobre la mayor o menor utilidad de la Medicina, etc.») [18].

Hecha enumeración de los escritos médicos del Padre Feijoo, imprescindible aunque de enfadosa lectura, es momento de conocer las ideas en ellos expuestas por su autor; para mejor entenderlas se agrupará su examen de acuerdo con un esquema descriptivo por el que se fragmentará su conjunto doctrinal en cuatro parcelas: Antropología, Ideología médica, Empirismo clínico y Sociología médica; un apartado final recogerá noticias referentes a las disputas médicas sostenidas por Feijoo.

Cuestiones antropológicas

Si bien en los escritos médicos de Feijoo no figuran descripciones anatómicas, en uno de ellos, el titulado «Glorias de España, Segunda Parte», hace mención, y elogiosa, al saber morfológico: «si el arte médico —escribe— puede lograr algún género de perfección, sólo arribará a él por medio del conocimiento Anatómico», y añade, «posible, pues, parece hallar por la vía de la Anatomía un systema Mechanico Médico, en que se vea claramente la conexión de tal y tal enfermedad con la descomposición, o alterada textura de tal y tal órgano» [19]. Los datos de erudición histórica que Feijoo suma al texto leído, de curiosa lectura, ofrecen lagunas, pues si bien cita la obra anatómica de Martín Martínez, ignora la más importante llevada a cabo, dos siglos antes, en España, por los anatómicos renacentistas.

Sobre Fisiología, la obra médica de Feijoo incluye una reflexión sucinta acerca del problema de la visión, afirmando ser el alma quien tal función cumple: «no miran ni ven los ojos, sino el alma», afirma [20], apoyando este criterio en prolijos y eruditos razonamientos. En una de sus «cartas», Feijoo confiere al albeitar Francisco la Reyna la primacía en el conocimiento del proceso de la circulación: «la precedencia de nuestro Albeytar, respecto del Médico Inglés (Harvey), es notoria».

[16] *Cartas*, III, págs. 27-66, 72-80, 119-23, 165-69, 314-23 y 327-52, respectivamente.
[17] *Cartas*, IV, págs. 46-56, 79-92, 103-18, 127-34, 203-14 y 363-74, respectivamente.
[18] *Cartas*, V, págs. 204-28, 261-71, 272-76, 315-21 y 336-60, respectivamente.
[19] *Theatro*, IV, Discurso XIV, pág. 381.
[20] *Cartas*, IV, Carta XXVI, pág. 367.

escribe [21]; a tal afirmación, cuya crítica puede excusarse por ser este problema definitivamente solventado [22], suma nuestro benedictino una breve relación histórica de la obra de William Harvey, para añadir cómo es peculiar de los españoles el grave pecado de olvidar o menospreciar la labor de ingenios nacionales, lo que testifica con el ejemplo de Francisco la Reyna, de doña Oliva Sabuco [23], Fray Pedro Ponce, descubridor del arte de enseñar a hablar a los mudos, y del doctor Huarte de San Juan.

De Embriología, tercer capítulo del saber antropológico, los escritos del Padre Feijoo incluyen varias referencias. En una de ellas teoriza, ampliamente, sobre el influjo de la imaginación materna sobre el feto, negándolo [24]. Más detenidas aún son sus referencias a problemas de teratología, cuestión ésta que mucho interesó a los tratadistas de su tiempo; en una de sus «cartas» [25] Feijoo utiliza la descripción de un feto monstruoso nacido en Medina Sidonia el 29 de febrero de 1736, para hacer relación de otros descritos por la literatura médica y exponer, con dilatadas razones, las teorías formuladas para explicar su génesis. Otra de las «cartas» del monje benedictino [26] relata, con todo pormenor, el supuesto hallazgo de una criatura humana en el vientre de una cabra; el suceso, portentoso, de aceptarse su veracidad, inspira a Feijoo unas curiosas «reflexiones phylosóficas», en las cuales, por una vez, su cautela le traiciona haciéndole creer en la realidad de lo que describe: «ese monstruo —leemos en su relato— se debe declarar íntegramente colocado dentro de la especie humana; por lo que la figura declinó hacia la caprina, es tan poco, que no puede inducir la más leve duda». Reafirmando esta conclusión con la descripción de otros hallazgos de seres humanos en el vientre de diversos animales, concluye: «Habrá, acaso, quienes condenen por increíbles las cuatro Historias referidas. Pero será sin razón.»

Ideología médica

Trata de cuestiones ideológicas; es decir, tocantes al criterio que debe guiar la formación doctrinal del profesional, y luego su quehacer, el primer escrito médico del Padre Feijoo, exponiendo ya en él una opinión que luego no hará sino reiterar en sus restantes ensayos. Mención algo detenida exige, por ello, esta concreta faceta del pensamiento feijoniano. Titúlase el escrito a que hago mención, escuetamente, «Medicina» [27], y se inicia con una cerrada crítica a la multiplicidad de remedios que ofrecía la farmacopea de la época, en su casi totalidad, a juicio suyo, inútiles y hasta perniciosos, siendo esta realidad aducida para justificar su personal intrusión en el terreno médico.

El criterio ideológico expuesto por Feijoo en su discurso se apoya sobre la autoridad, reiteradamente aducida, de Miguel Etmullero, Baglivi y Sydenham; de

[21] *Cartas*, III, Carta XXVIII, pág. 315.
[22] Cf. Rafael Sancho de San Román: *La obra de Francisco la Reyna* (en prensa).
[23] La obra de doña Oliva Sabuco, revalorizada por el doctor Martín Martínez, por cuyo intermedio la conoció Feijoo, hoy se sabe fue escrita por su padre, el bachiller Sabuco. Cf. Luis S. Granjel: *La doctrina antropológico-médica de Miguel Sabuco*, Publicaciones del Seminario de Historia de la Medicina, serie A. Estudios, I, núm. 1, págs. 1-81. Salamanca, 1956.
[24] *Cartas*, I, Carta IV, págs. 59-74.
[25] *Cartas*, I, Carta VI, págs. 83-104.
[26] *Cartas*, III, Carta XXX, págs. 327-52. El mismo caso fue estudiado por el Padre Antonio José Rodríguez, y de él escribió negando la naturaleza humana del feto contenido en el vientre de la cabra (sobre tal escrito, cf. Luis S. Granjel: *El pensamiento médico del Padre Antonio José Rodríguez*, ya cit.).
[27] *Theatro*, I, Discurso V, págs. 104-41.

escritores españoles cita, y siempre con elogio, a Martín Martínez. La tesis que busca demostrar es que la Medicina, en su tiempo, se encuentra en estado de imperfección, la incertidumbre mina y torna falaces la mayoría de los postulados que vienen aceptándose, por error, como dogmas. Los principales argumentos explayados por el Padre Feijoo para demostrar este criterio son: multiplicidad de sectas y opiniones médicas elaboradas desde la antigüedad y la ya nombrada ineficacia, y hasta peligrosidad, de buen número de medicamentos, incluyendo aquí Feijoo una dura requisitoria al uso y abuso de sangrías y purgas. De ambos argumentos extrae nuestro autor la siguiente taxativa deducción: «no ay cosa segura en la medicina», y añade: «concluiré el desengaño de los remedios con la importante advertencia de que, aun siendo escogidos y apropiados, dañan quando son muchos». Que tales opiniones habían de suscitar la airada réplica de muchos doctores, como así sucedió, lo supo preveer el benedictino, como lo confirma el siguiente texto suyo: «No sé si será muy grato a los Médicos este desengaño, que doy al público, de la incertidumbre de la medicina. A lo que puedo discurrir, de algunos, desde luego, no puedo prometer el enojo.» Espera igualmente convencer a los enfermos que le lean de la falibilidad de la Medicina y cómo su salud la recobrarán más presto aceptando la sabia lección de la naturaleza. Pensar como lo hace, se cuida de señalar Feijoo, no significa, en él, considerarse enemigo del saber médico: «sólo estoy mal —puntualiza— con que las promesas de el Médico se extiendan a donde no llegan su ciencia y su poder, y que quando va palpando sombras, se obstente coronado de rayos».

En otras ocasiones, queda dicho, torna Feijoo a definir su postura crítica ante el gran legado médico heredado por su siglo de cuantos le precedieron; así, por ejemplo, al combatir ciertas opiniones de la Medicina hipocrática, como la doctrina de los «días críticos», por él calificada de «supersticiosa observación», carente de base racional y experimental [28]; también critica Feijoo, calificándolo de «aphorismo exterminador» [29], la afirmación de que el médico debe mantener como acertado su criterio, aunque su aplicación testifique, en resultados, su inconveniencia. Mantuvo siempre Feijoo una actitud de recelo ante la Medicina oficial, académica, formulando en ocasiones la opinión, que otros antes que él mantuvieron, de que el saber médico, reducido a conocimiento de lo que es capaz de curar, es noticia que todos deben poseer, siendo cada uno médico o curador de sus personales dolencias; tal viene a ser la tesis ampliamente elaborada en su discurso «El médico de sí mismo» [30], al que pertenece el siguiente texto: «no sólo el Médico puede serlo respecto de sí mismo estando enfermo, mas todo enfermo debe tener mucha parte en la curación de sí mismo, y entonces podrán ir las cosas medianamente (no me alargo más), quando no sólo el enfermo consulte al Médico, mas también el Médico al enfermo, sobre los tres capítulos, graduación del mal, uso de remedios y elección de régimen».

Empirismo clínico

Es este el más amplio capítulo de cuantos integran la obra médica del Padre Feijoo, lo que resulta fácilmente explicable si recordamos el radical empirismo que informa su criterio ideológico. Dos partes incluye el empirismo médico feijoniano; agrupa la primera sus escritos sobre concretos problemas clínicos; en la segunda se ordenan los de índole terapéutica.

Atañen a cuestiones clínicas sus opiniones sobre causalidad; escribe sobre ello Feijoo, demostrando cómo la multiplicidad de criterios existentes aquí no hace sino encubrir una general ignorancia [31]. Otros escritos tratan del problema de la inmunidad [32] y sobre afectos oftálmicos [33]. Un largo «discurso» del octavo tomo del *Teatro* [34], titulado «Paradoxas Medicas», lo consagra Feijoo a dictaminar sobre muy varios problemas clínicos y de terapéutica; se cuentan entre ellos opiniones sobre reumatismo, fiebre y «constipaciones», sobre procesos inflamatorios internos y diarrea; una «paradoxa» se consagra a comentar las opiniones del Padre Kircher; entre las «paradoxas» de tema terapéutico varias dictaminan sobre el uso del agua natural, considerándola «poderosíssimo remedio de algunas enfermedades», acerca de las virtudes curatrices de la miel y el azúcar, sobre normas dietéticas, de purgas y sangría, sobre la inutilidad terapéutica de las piedras preciosas y otras cuestiones cuya mención soslayo. En su conjunto, el escrito que se menciona es, posiblemente, la más extensa y mejor elaborada aportación del Padre Feijoo a la clínica médica. Titula sus opiniones con el cauto término de «paradoxas» en honor a la novedad doctrinal que ofrecen; «no proponemos nuestro dictamen, puntualiza, como cierto, sí sólo como probable. Los Profesores de espíritu libre y desembarazado de preocupaciones, podrán examinar qué assenso merezcan. De el Vulgo de Médicos Gregarios y Cartapacistas, no nos da cuidado el que sientan esto o aquello». Al final de las «Paradoxas Médicas», reitera: «Mi intento... es introducir en los Médicos gregarios una prudente y moderada desconfianza de los Dogmas recibidos, porque no pierdan jamás de vista los documentos de la primera Maestra de la Medicina, que es la Experiencia»; experiencia, advierte, que siempre ha de ir asesorada por la reflexión, pues «los Experimentos de nada sirven, no añadiéndoles una sagacíssima reflexión; antes llevan adelante y propagan los Errores concebidos» [35].

A las consideraciones de índole terapéutica expuestas en sus «Paradoxas Médicas» se suman las comentadas en otros varios escritos suyos, cuya mención es ahora momento de realizar. Se incluyen entre ellos su crítica al uso de la transfusión, la entonces llamada «medicina infusoria» [36], que él califica de «insigne temeridad» [37]. Sobre el tema, tan debatido en su tiempo, del uso del agua como remedio universal, y de los también muy discutidos polvos purgantes del doctor Ailhaud, habla Feijoo en varias de su «cartas» [38]; si bien con cierta cautela, alaba nuestro monje el uso del agua natural en terapéutica, mostrándose, al mismo tiempo, contrario al uso de los purgantes: «Antes que leyesse alguno de los Modernos, escribe [39], que han declamado contra ellos, estaba firmemente por reflexiones proprias persuadido, no sólo a su inutilidad, más aun a su perjudicialidad». De

28 *Theatro*, II, Discurso X, págs. 200-11.
29 *Theatro*, V, Discurso VII, págs. 150-58.
30 *Theatro*, IV, Discurso IV, págs. 64-88. La misma opinión fue sustentada, en la España del siglo XVIII, por Torres Villarroel (cf. Luis S. Granjel: *La Medicina y los médicos en las obras de Torres Villarroel*, Acta Salmanticensia, Serie Medicina, 81 págs. Salamanca, 1952).

31 *Cartas*, I, Carta XL, págs. 337-42.
32 *Cartas*, IV, Carta XL, págs. 127-34.
33 *Theatro*, II, Discurso XIV, págs. 266-68, y *Cartas*, III, Carta XVI, págs. 165-69.
34 *Theatro*, VIII, Discurso X, págs. 208-311. Nuevas observaciones sobre los temas expuestos en las «Paradoxas Médicas» se leen en el tomo IX del *Theatro* (págs. 389-94).
35 La crítica a la «experiencia» como norma rectora única del saber médico había sido ya formulada por Feijoo en el Discurso XI del primer tomo de su *Theatro* (págs. 266-84).
36 *Cartas*, I, Carta XVI, págs. 160-64.
37 Opinión contraria a la formulada entonces, también en España, por el Padre Antonio José Rodríguez.
38 *Cartas*, I, Carta XIV, págs. 151-53; I, Carta XIII, págs. 146-50; IV, Carta IX, páginas 103-18, y V, Carta XXI, págs. 336-60.
39 *Cartas*, IV, Carta IX, págs. 113 y 115.

los polvos purgantes del doctor Ailhaud, su criterio es ecléctico, basado en su personal experiencia: «me inclino mucho a que si los Polvos de Aix tienen alguna especial virtud curativa, de que carecen otros purgantes, le deben al beneficio de la mucha agua que se les agrega», y repite ahora su incondicional elogio del agua natural: «es cosa muy sabida que el agua bebida en cantidad excesiva, por sí sola, y sin ser acompaña de otro medicamento, ha hecho mil curas prodigiosas en enfermos deplorados». Tema que mucho preocupó al Padre Feijoo, el de la muerte aparente, es por él expuesto en dos de sus «cartas» [40]; en la primera de ambas incluye, asimismo, un comentario al tratamiento de las mordeduras de serpientes y escorpiones, por perros y lobos, utilizando la llamada «piedra de la Serpiente», útil también para la cura de tumores rebeldes y carbuncos pestilenciales.

Cuestiones asimismo muy reiteradamente tratadas por Feijoo son las tocantes a dietética. Todo un discurso [41] lo consagra a comentar el «régimen para conservar la salud», y en él se lee esta tajante opinión suya: «Los Médicos saben poco de la curación de los enfermos; pero nada saben, ni aun pueden saber en particular de el régimen de los sanos, por lo menos en quanto a comida y bebida»; el contenido del discurso que menciono es una pormenorizada enumeración de muy diversos alimentos, de los que analiza su valor nutritivo, cuidando también de mencionar a qué temperamentos y edades son más convenientes; sigue a ello otras reflexiones sobre composición de las principales comidas y bebidas más convenientes; el criterio de Feijoo es en unos casos taxativo y en otros ecléctico o dubitativo. Al tema propiamente dietético se suman en el discurso que analizo referencias higiénicas diversas: vigilia y sueño, sobre ejercicio corporal y sus provechos. En estas reflexiones se descubre Feijoo hombre muy de su tiempo, buscando divulgar nociones tocantes a la renovación de costumbres muy enraizadas en amplios sectores de la sociedad española, deseoso de combatir y deshacer supersticiones y hábitos hijos de la credulidad y la ignorancia, sin que falten, como queda demostrado, las críticas al saber erudito. Sobre los beneficios higiénicos de la abstinencia cuaresmal trata Feijoo en un discurso del tomo séptimo del *Teatro* [42]. En una de sus «cartas», réplica también al saber médico académico, nuestro benedictino sostiene la tesis que enuncia así en el encabezamiento de su escrito: «Que en varias cosas pertenecientes al régimen para conservar o recobrar la salud, es mejor gobernarse por el instinto que por el discurso» [43].

Finalmente, varias de las sentencias que formula y razona en el sexto discurso del primer volumen de su *Teatro* ya citado, reflejan, mejor que un dilatado comentario, el criterio ideológico que preside sus opiniones higiénico-dietéticas; unos contados ejemplos lo testificarán; «Ningún Médico puede saber por las reglas de su Arte, qué régimen conviene a ningún individuo»; «De ningún alimento se puede decir que es absolutamente nocivo»; «Es probable que los pezes y las frutas son alimento más provechoso que las carnes»; En el aposento donde se duerme, más se ha de cuidar de la ventilación que de el abrigo»; «En las noches ardientes no tiene inconveniente dexar abierta la ventana de el aposento».

[40] *Cartas*, II, Carta IX, págs. 119-30, y V, Carta XVIII, págs. 315-21.
[41] *Theatro*, I, Discurso VI, págs. 142-69. Nuevas referencias a este tema en *Theatro*, IX págs. 8-11.
[42] *Theatro*, VII, Discurso IX, págs. 226-38.
[43] *Cartas*, IV, Carta XVII, págs. 203-14.

Sociología médica

Como a los restantes renovadores del saber médico en su época, también al Padre Feijoo preocupó, y mucho, el grave problema que entonces planteaba la inadecuada formación académica de los médicos, el tenaz aferramiento de las Universidades al tradicional y ya entonces anacrónico galenismo aristotélico. Del tema apuntado trata Feijoo en su discurso «De lo que sobra y falta en la Enseñanza de la Medicina» [44]. La crítica feijoniana denuncia, sin atenuantes, con dureza, el sistema de enseñanza, parando atención, sobre todo, en su repulsa, en el doctrinarismo preponderante de la formación del médico y en la importancia que en ella venía concediéndose a cuestiones especulativas. Postula el Padre Feijoo, en el escrito que se menciona, una educación universitaria del profesional atenida a la situación real del saber médico, preferentemente empírica, y en la que se conceda primacía a la anatomía, la clínica y la terapéutica. Del ejercicio profesional habla Feijoo en diversos escritos [45], y en ellos destaca la importancia que a juicio suyo debía conferirse a las profesiones de cirujano y obstetra.

Un tema de Medicinal Legal, el de la muerte aparente, cuyo desconocimiento, escribe, «pone a riesgo en muchos casos la vida temporal y la eterna», lo analiza Feijoo, con minucia, en su discurso «Señales de muerte actual» [46]; en el texto de este escrito suyo se describen las señales que permiten descubrir los diversos estados de muerte aparente, finalizando el discurso con una «advertencia particular para los ahogados»; apoya sus aseveraciones nuestro benedictino en la autoridad de diversos tratadistas, entre ellos Pablo Zachias y Lucas Tozzi. Sobre deontología profesional escribe Feijoo en una de sus «cartas» [47]. Su lucha denodada, persistente, contra las supersticiones médicas, la concreta en sus «cartas»: «De la Medicina Transplantatoria» [48] y «Sobre la virtud curativa de Lamparones, atribuída a los Reyes de Francia» [49]; en ambos escritos sólo hace que reiterar argumentos ampliamente razonados por cuantos, en los dos siglos precedentes [50], combatieron las prácticas supersticiosas.

Las polémicas

Varios escritos del Padre Feijoo se ocupan de comentar aspectos diversos de la actualidad médica de su tiempo; incluye este capítulo de la obra del benedictino una divulgación del saber médico en China, basada en noticias por él leídas en relatos de varios jesuítas, en especial en la obra del Padre Du-Halde [51]; otra carta tiene por tema ensalzar la invención de Fray Pedro Ponce para enseñar a hablar a los mudos [52], negando la atribución de tal descubrimiento a Juan Pablo Bonet. Dos cartas [53] se consagran a comentar escritos médicos que le fueron enviados por

[44] *Theatro*, VII, Discurso XIV, págs. 336-46.
[45] *Theatro*, IV, págs. 7-8; *Cartas*, II, Carta XVII, págs. 234-39, y IV, Carta IV, págs. 46-56.
[46] *Theatro*, V, Discurso VI, págs. 124-49. Nuevas referencias al problema se encuentran en el volumen primero de sus *Cartas* (Carta VIII, págs. 109-17) y en el noveno volumen del *Theatro* (págs. 192-94).
[47] *Cartas*, V, Carta XII, págs. 272-76.
[48] *Cartas*, I, Carta XVII, págs. 165-73.
[49] *Cartas*, I, Carta XXV, págs. 216-24.
[50] Sobre ello cf. Luis S. Granjel: *Aspectos médicos de la literatura antisupersticiosa española de los siglos XVI y XVII*, Acta Salmanticensia, Serie Medicina, 71 págs. Salamanca, 1953.
[51] *Cartas*, V, Carta XI, págs. 261-71.
[52] *Cartas*, IV, Carta VII, págs. 79-92.
[53] *Cartas*, III, Carta VI, págs. 72-80, y Carta IX, págs. 119-23.

sus autores. A Feijoo se debe una de las primeras y más incondicionales alabanzas de la obra de Solano de Luque, de cuyas doctrinas hace amplia y documentada exégesis [54]. Una carta dedicó Feijoo a exponer la opinión que le merecía la obra médica de un monje coetáneo suyo, el cisterciense Padre Antonio José Rodríguez [56].

El Padre Feijoo fue ardoroso defensor de la ideología formulada por el doctor Martín Martínez [55]; precisamente el primer escrito médico de nuestro benedictino se lo sugirió su propósito de responder a las críticas que habían sido formuladas contra el protomédico de Felipe V. Martín Martínez correspondió a la defensa de Feijoo con un escrito sobre el primer tomo de su *Teatro,* reproducido en el segundo volumen de esta obra acompañado de una «Respuesta» de Feijoo. Muchas críticas, entre los médicos sobre todo, según era lógico sucediera, suscitaron las opiniones médicas del Padre Feijoo; a algunas contestó, por extenso, en el cuerpo de su obra, mereciendo recordarse sus réplicas al doctor Lesaca [57] y al Padre Fray Luis de Flandes [58]. Tal virulencia alcanzaron las críticas médicas a Feijoo que éste, respondiendo a sus contradictores, y a un tiempo solicitando protección de quien entonces mejor podía dispensarla, el primer médico de cámara de Felipe V, el doctor Cervi, escribió, publicándolo en versión latina y castellana, su defensa «La verdad vindicada, contra la Medicina vindicada» [59]. «Declaráronme guerra los médicos», dice aquí Feijoo, y en sus escritos llenáronme, sigue, de «amarguíssimas injurias», y añade [60]: «Bien quisiera no tener ya más questiones con los Médicos, por haver experimentado que en este Gremio, los que menos saben, saben cierto secreto para hacerse respetar.»

[54] *Cartas,* V, Cartas VIII-IX, págs. 204-51.

[55] Sobre la obra del doctor Martín Martínez cf. LUIS S. GRANJEL: «El pensamiento médico de Martín Martínez», *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina,* IV, páginas 41-78. Madrid, 1952.

[56] La actitud, ciertamente equívoca, mantenida por Feijoo ante el Padre Rodríguez, es comentada en mi trabajo *El pensamiento médico del Padre Antonio José Rodríguez,* ya cit.

[57] *Theatro,* IV, Discurso IV, págs. 88-98.

[58] *Cartas,* III, Carta IV, págs. 27-66.

[59] *Theatro,* II, págs. 353-84 (versión latina), y III, págs. 334-66 (versión castellana).

[60] *Theatro,* III, 334.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚMERO 416 - TOMO LXX
NOVIEMBRE 1960
SECCIÓN VARIA

UN GRAN AMIGO DE ESPAÑA

EL PROFESOR JUAN TURCHINI

NUEVO DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTPELLIER

POR EL

DR. JUAN PAULIS

MONTPELLIER (FRANCIA)

COINCIDIENDO con la inauguración del curso académico de 1960 a 1961, en la histórica Universidad de Montpellier, ha tomado posesión del cargo de Decano de la Facultad de Medicina, el sabio profesor Juan Turchini, eminente catedrático de Histología en dicho reputado centro docente y conspicuo representante de la Escuela de Cajal en Francia.

Fue en una asamblea extraordinaria de profesores, celebrada el 30 de junio del año actual, en el siete veces centenario colegio de Medicina heraultés, donde el Claustro tomó, por unanimidad, el acuerdo de proponer al Ministro de Educación Nacional, la candidatura del profesor Turchini para desempeñar el cargo de Decano, que reglamentariamente debía dejar vacante el 1.º de octubre el famoso cardiólogo profesor Gaston Giraud que, a la sazón, lo ocupaba, con aplauso unánime de la docencia médica montpellierense.

Aceptada la propuesta de los claustrales por el Ministro del ramo, ha aparecido en el «Diario Oficial» del Estado francés un Decreto, con fecha 9 de septiembre de 1960, por el que se designa al profesor Turchini para ocupar dicho alto cargo universitario. Merecida distinción que, como españoles, sinceramente nos felicitamos por haber recaído este nombramiento en un gran amigo de España.

* * *

He aquí una concisa impresión biográfica del nuevo Decano de la Facultad de Medicina de Montpellier.

Don Juan Turchini nació en Niza, el día 4 de junio de 1894.

Acaba, pues, de cumplir sus 66 años, que los lleva muy bien. La mitad de ellos dedicados a la investigación científica.

Sus progenitores eran oriundos de Córcega, donde aún viven algunos de sus antepasados.

Después de brillantes estudios secundarios y superiores, estos últimos interrumpidos por la guerra del 1914 a 1918, en la que tomó parte activa, recibió el grado de Doctor en Medicina en 1919, y en Ciencias en 1923, entrando en la agregación.

De 1918 a 1923 fue el preparador histológico de confianza que tuvo el genial profesor A. Prenant en la Facultad de Medicina de París.

En 1924 obtuvo, por concurso, la *Bolsa David Weil*, para ampliar y profundizar en España los vastos conocimientos histológicos que había adquirido en París y en Montpellier, como profesor agregado a la cátedra de Histología de la Facultad de Medicina (1923-1928), que desempeñaba el entonces Decano, profesor Luis Vialletôn.



EL PROFESOR JUAN TURCHINI, QUE EN 1.º DE OCTUBRE DE 1960 HA TOMADO POSESIÓN OFICIAL DEL CARGO DE DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MONTPELLIER

A este histólogo insigne sucedió, en 1929, el profesor Turchini, como titular de la cátedra que desempeña en la actualidad en la capital del Herault, a satisfacción del claustro académico y para provecho de sus numerosos y aplicados discípulos.

En sus nupcias y luna de miel con la Histología, el profesor Turchini viajó por Inglaterra, Bélgica, Suecia, Noruega e Italia; pero fue precisamente en Madrid (1924-1925) donde, según su propia confesión, transcurrieron los días más venturosos de su vida universitaria, trabajando con gran entusiasmo y tesonero ahinco en los laboratorios de aquellos geniales maestros de la investigación histológica que fueron los profesores Ramón y Cajal y don Pío del Río Ortega, al objeto de familiarizarse con sus técnicas modernas y sus métodos especiales de exploración del sistema nervioso central y periférico.

Cajal tuvo siempre a don Juan Turchini por el más inteligente y aventajado de sus discípulos franceses, y elogió en distintas ocasiones su constancia en el trabajo.

En esta «*sa belle époque cajalienne*», tuvo el nuevo Decano por condiscípulos de marca a otros reputados maestros que, más tarde, prestigiaron con su vasta producción científica la célebre escuela de Cajal.

Recuerda, entre otros y siempre con personal afecto, a Jorge Francisco Tello, Fernando de Castro, Rafael Lorente de No y Domingo Sánchez. El malogrado profesor del Río Ortega, fallecido en América, dio a su colega francés Turchini toda clase de facilidades para que pudiera seguirle, con provecho, en sus tan comentados trabajos sobre las células de microglía.

E hizo más don Pío. Acompañó al profesor Turchini en uno de sus viajes a Montpellier, y en el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina pronunció, el 21 de abril de 1925, una interesante conferencia acerca de «La neuroglía y el tercer elemento de los centros nerviosos». Esto es, los que denominaba el profesor del Río Ortega elementos micróglicos indispensables a la función neuronal.

El profesor Juan Turchini —Comendador de la Orden Nacional de las Palmas Académicas, Oficial de la Legión de Honor, miembro de la Sociedad de Biología de París, Titular de la Academia de Medicina y correspondiente de varias Corporaciones médicas extranjeras, entre ellas la Real Academia de Medicina de Zaragoza— es autor de numerosos libros y monografías que versan especialmente sobre biología celular, histología comparada de las excreciones —en particular de la pigmentaria—, histofisiología de las secreciones internas, histogénesis de los órganos eréctiles, fluorescencia de determinados tejidos orgánicos e historadiografía

aplicada indistintamente a las células animales o vegetales, o sea, los llamados «historradiogramas». En fin, merece citarse entre los más afortunados métodos de investigación citofísica o citoquímica empleados por el profesor Turchini, uno de indudable trascendencia científica que hallamos registrado en «Acta Anatómica» y que hace referencia a la búsqueda de los ácidos nucleínicos en las células normales y en las patológicas.

Hecho importantísimo que habrán de tener en cuenta en lo futuro cuantos se preocupan hogaño de esclarecer la génesis de algunos tremendos procesos morbosos que vienen enseñoreándose de nuestra doliente Humanidad.

* * *

La bondad del profesor Turchini es tal, que tiene encantado al personal subalterno que trabaja a sus inmediatas órdenes. Otro tanto ocurre con sus numerosos discípulos áulicos. Los exámenes de la asignatura carecen de aparatosidad. Más que «terrible prueba» de suficiencia, el temido acto académico se reduce a una discreta confidencia del alumno al profesor.

Espontánea confesión docente en la que el estudiante se acusa contrito de cuanto ignora o confiesa jubiloso cuanto sabe... ¡a medias!

Hay que ver los recoletos visajes del profesor Turchini cuando se halla en plan de examinador y tiene a la vista un examinando, *pez* en histología, que se defiende a coletazos exhumando unas cuantas vulgaridades anatómicas preliminares para pasar el tiempo y aburrir al catedrático con el propósito de ver si se cuela.

* * *

Ahora bien, se preguntará el curioso y fiel lector de «CLÍNICA Y LABORATORIO»: ¿cómo es, en la intimidad, ese reputado histólogo que se hizo en España?

Para satisfacer tan legítimo deseo, tomamos por asalto el escondite universitario del nuevo Decano, ese «*grand Patron de l'Histologie montpellieraine*» que, dotado de una capacidad de trabajo excepcional y de un dinamismo sorprendente, atiende varias cosas a la vez, resolviéndolas en un santiamén y sin el menor esfuerzo. ¡Ah! y prodigando siempre amables sonrisas a sus maravillados interlocutores.

Este histólogo andariego y revolucionario —en sus métodos y en sus costumbres de trabajo— es considerado en nuestros días como uno de los más cultos y expertos embajadores científicos con que cuenta Francia. Es por esto que le encontramos de viaje por todos los continentes, frecuentando numerosos congresos médicos internacionales, en los que siempre deja grato e inolvidable recuerdo de «*sa bonhomie, sa science et sa diplomatie insinuante et exquise*».

Se da en el profesor Turchini la contrastada paradoja que, siendo un ciudadano a la moderna que sabe vestir con elegancia el «smoking», se nos presenta, a veces, como un hombre chapado a la antigua.

Cierto que no usa a diario cuello de pajarita, ni corbata de plastrón, ni chaqueta ribeteada y entallada, ni pantalón estrecho y abotinado, como en la venturosa época romántica de Alejandro Dumas y Alfredo de Musset. Sin embargo, sus maneras son estampa trasunta y viviente de aquellos atildados y ceremoniosos «*maîtres de la politesse française*» que frecuentaban las tertulias literarias de los

célebres salones de la vieja Lutecia y deleitaban a las damas —cuyas manos no olvidaban de besar ceremoniosamente— con sus conversaciones amenas, sus ocurrencias ingeniosas y sus frases opulentas.

* * *

Abordamos al profesor Turchini en hora matinal en que «*Monsieur le Doyen*» se encuentra en su despacho particular, anexo al Laboratorio de Histología, y en el preciso momento en que remueve sus ficheros personales y toma notas para construir el armazón de la conferencia científica que dictará al caer la tarde de ese mismo día.

Como es en él habitual costumbre, nos invita a sentarnos en un muelle sillón que siempre tiene a un costado del suyo para acomodar al visitante después de los saludos de rigor.

Y nuestro dilecto amigo, que nos sabe doloridos, nos habla —algo se ha de decir para prender el diálogo— de los cambios bruscos de temperatura que hacen más penosa y cicatera la presente estación otoñal.

¡Variaciones higrométricas que son tremenda pesadilla de los desventurados artríticos!

Al exponer al profesor Turchini el objeto de nuestra visita, nos ataja:

—Será mejor se abstenga usted de hablar de mí en la Prensa, aun tratándose de una revista profesional como me indica. Ya sabe usted que eso me contraría en grado sumo.

—Bien —le interrumpimos sonrientes—; solamente nos ocuparemos de las circunstancias que determinaron el que usted se convirtiera en histólogo. Eso interesa a la juventud estudiosa que frecuenta las aulas.

—De niño demostré tener gran afición por las ciencias naturales y, de estudiante, me sentí seducido de tal manera por las luminosas y sugestivas disertaciones de mi querido y gran amigo Augusto Renaut, que, en 1918, a mi regreso de la primera guerra mundial, tomé la firme resolución de «*faire de l'Histologie*».

—¿A qué atribuye usted sus triunfos en el terreno arduo de la investigación científica?

—Su apreciación la considero exagerada. De ser verdad que existieran esos triunfos, podríase atribuir, en todo caso, a mi fe y perseverancia en la labor que me está encomendada.

—¿Tiene usted un método especial de trabajo?

—¡Hombre, no! Yo creo que procedo como todo el mundo. Las reglas formuladas por Claudio Bernard son la mejor guía para las nuevas promociones de investigadores.

—¿En qué ambiente prefiere trabajar?

—En el de mi laboratorio para la investigación histológica, y en la apacible calma de este despacho para la elucubración y redacción de mis trabajos.

—Con frecuencia oímos hablar en los medios universitarios franceses de la *Escuela de Turchini*. Aun a riesgo de lastimar su proverbial recato, ¿quiere hacer usted el favor de explicarnos el móvil de tan honroso epígrafe?

—*Il s'agit d'un très grand mot. Disons plus modestement, l'ensemble des chercheurs qui travaillent au Laboratoire.*

En la actualidad nos contamos en número de dieciocho.

—¿A qué clase de indagaciones se orientan ustedes al presente?

—Nuestras investigaciones se orientan hacia histología comparada, histofisiología —riñón y pigmentos—, histofísica, histofluerescencia e historradiografía y, en fin, la histoquímica: ácidos nucleicos, substancias eosinófilas, basófilas, etc.

—¿Qué cualidades aprecia usted más en sus colaboradores inmediatos?

—Fino espíritu de observación y de discernimiento, ingenio perspicaz y bien dotado; por último, rapidez en sus juicios al establecer comparaciones.

—Nos interesan algunos nombres de investigadores de talla formados en la Escuela Histológica de Montpellier, durante su época, y que ocupen ahora cargos importantes en la enseñanza universitaria.

—Pueden ustedes citar, entre otros, a los profesores: Tuchumau-Duplessis, de París; Broussy, de Toulousse; Bonhomme, profesor agregado de Histología en nuestra Facultad; Chatty, de Damasco; Hossin Frontin, de Téheran; Lison, catedrático de la Universidad de Sao Paulo (Brasil) y de la Facultad de Medicina de Rebeirao Preto, y Radaody Ralarony, del Instituto Pasteur, de Tananarive.

—Si me lo permite, entraremos en el capítulo elástico de las confidencias más o menos discretas...

—Venga. Pero... tenga en cuenta que el tiempo apremia.

—Si usted no fuese histólogo, ¿qué le hubiera gustado ser?

—«*Si je n'étais pas histologiste, je voudrais l'être!*»

—En efecto; creemos sinceramente que *si usted no fuese histólogo hubiese querido serlo*, pero ya que —por fortuna de la Histología— lo es usted, díganos qué otras cosas le apasionan aparte las investigaciones histológicas.

—La Historia de la Medicina.

—En plan de lector... ¿qué autores prefiere usted?

—Los clásicos.

—A su regreso de un largo viaje al extranjero... ¿qué le resulta más grato encontrar?

—Mi mujer, mis hijos y mi laboratorio.

—A propósito de sus «*promenades transatlantiques*» —pese a nuestro ánimo de no abusar en exceso de su bondad, que es mucha—, permítanos unas últimas preguntas: ¿Qué impresiones conserva usted de América?

—Desde luego, gratísima. He visitado los EE. UU. y el Canadá, en 1950, con motivo del «*VII The International Congress of the International Society for Cell Biology*» en la «Yale University» de New Haven, en el Connecticut.

He tomado parte activa en ese Congreso de Biología celular. He pronunciado varias conferencias en la «Université Laval», de Quebec, y leí una alocución por las antenas de «Radio New York», el 25 de septiembre de 1950. En 1952 tuve que participar en los trabajos del «IV Congreso Internacional de Hematología», que se reunió en Mar del Plata, Argentina; y asimismo fui invitado por la UNESCO a una reunión sudamericana de discípulos de Cajal. El Concurso de Agregación de Histología, que debí presidir en París, en esa fecha, me impidió realizar ese viaje a América del Sur. Crea usted que lo lamento.

—¿Cuál es su impresión personal respecto a los laboratorios norteamericanos y canadienses?

—Si circunscribimos nuestras apreciaciones a la morfología, cuyos trabajos no exigen disponer de grandes créditos, no cabe duda que los laboratorios europeos se hallan tan bien equipados como los norteamericanos y que nuestra producción científica no desmerece ni es inferior a la suya. Pero si abordamos otros problemas de mayor envergadura, como es el de la localización de los isótopos radiactivos, que necesitan contar con aparatos muy costosos, es indudable que ellos se hallan más avanzados que nosotros. A este propósito les diré que me interesó mu-

chísimo el servicio del doctor Brown, en el «*Sloon Kettering Institut*», el cual dispone de una magnífica instalación para poder realizar investigaciones de precisión relacionadas con los citados isótopos.

Esta superioridad yanqui, en diversos aspectos de la indagación científica, ha sido posible merced a los cuantiosos créditos, casi ilimitados, de que disponen algunas instituciones médicas para la adquisición del material e instrumental *ad hoc*, costoso y valioso, de que se sirven.

En Histología —como ya lo hizo observar Cajal, en 1899, a su regreso de los EE. UU., donde, como usted recordará, pronunció nuestro maestro tres memorables conferencias en la «Clark University», de Worcester, sobre la «Estructura de la corteza cerebral del hombre y de los mamíferos superiores»— esa necesidad de aparatos dispendiosos es menos premiosa que en otras ciencias, y es por esto que, en Europa, se halla la Histología en paridad, a igual y crecida altura, que en la gran nación estadounidense y Canadá.

En América del Sur, donde el influjo de Cajal se ha dejado sentir de manera indubitable, la Histología se halla muy avanzada gracias a la inteligentísima labor que vienen realizando muchos discípulos, directos o indirectos, del portentoso maestro español.

—¿Qué nombres de sabios americanos, genuinos artífices de la Ciencia, resulta a usted grato rememorar en este momento?

—Hay, sin duda, algunos de reconocida valía intercontinental. Mencionaré unos pocos, en gracia a la brevedad. En primer lugar, Ross Harrison y Newton Harvey; y, desde luego, los de mis queridos colegas y amigos, profesores Sutart Welch, de Boston; Cornaman, de Filadelfia, y John Nicholas, de la «Yale University».

* * *

A no tratarse de un valor auténtico y positivo de la Medicina francesa, que merece nuestro más fervoroso respeto, hubiésemos dado cima y remate a esta entrevista con el profesor Turchini, con la pregunta de rúbrica:

—¿Qué proyectos tiene usted en cartera, señor Decano?

Pero como no consideramos lícito solicitar una tal confidencia a una personalidad científica de la categoría del profesor Turchini, que es hombre advertido que en vez de proyectar realiza, preferimos conseguir de él, al despedirnos, la promesa de un tercero y próximo viaje a Zaragoza, donde sabido es cuenta el nuevo Decano de la Facultad de Medicina de Montpellier con excelentes amigos y muy adictos colegas.

Que hoy, lo mismo que ayer, don Juan Turchini se siente cordialmente atraído por esa simpática y magnífica *tierruca* aragonesa que vio nacer al físico Falcón *, al fisiólogo Miguel Servet, al Santo José de Calasanz, a los poetas satíricos hermanos Argensola, al sesudo Gracián, al humanista Cejador, al polígrafo Costa, al erudito periodista Eusebio Blasco y al patriarca de la Pediatría española Martínez Vargas.

Honor y gloria a ese docto catedrático francés, hispanófilo de pura cepa, que ha sabido tremolar gallardamente a los vientos impetuosos de las modernas conquistas científicas, la valiosa enseña que es guión y cifra de la Escuela de Cajal.

Dirección: 11, Rue Gral. Campredon. Montpellier

* El profesor Juan Falcón, nacido en Sariñena (Huesca), fue nombrado, en 1529, Decano del Real Colegio de Medicina de Montpellier.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960

CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DE STRASBOURG
DIRECTOR: DR. E. STULZ

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS ABIERTAS DE LA PIERNA

A PROPÓSITO DE CIENTO OCHENTA Y CINCO CASOS

POR LOS

DRS. E. STULZ, I. KEMPF y F. GONZALO VIVAR

STRASBOURG (FRANCIA)

El problema del tratamiento de las fracturas abiertas de la pierna sigue constituyendo un tema de actualidad, como lo prueba la reciente discusión, larga y apasionante, de la Academia Francesa de Cirugía.

Por nuestra parte hemos revisado los ciento ochenta y cuatro casos de fracturas abiertas de la pierna que se han tratado en el *Centro de Traumatología de Estrasburgo*, desde 1945 al 30 de junio de 1959, lo que nos ha permitido precisar la evolución de nuestras concepciones terapéuticas.

Todos los autores que han tratado este tema señalan la frecuencia creciente con que se encuentra este tipo de lesión y que está, sin duda, en relación directa con los progresos del maquinismo y de los medios de locomoción. No hemos escapado a la regla y así, hasta 1952, hemos tratado, como término medio anual, seis casos de fractura abierta, cifra que desde entonces no ha dejado de aumentar, para llegar a treinta y tres en 1959, siendo veinte la cifra media entre 1953 y 1958.

A medida que nuestra experiencia ha ido aumentando, hemos adaptado y perfeccionado nuestros procedimientos terapéuticos. Por ello no nos limitaremos solamente a exponer nuestros principios terapéuticos, sino que también insistiremos sobre la evolución de nuestras ideas y las modificaciones introducidas en la terapéutica.

1. — EL TRATAMIENTO DE URGENCIA

Si eliminamos los cinco casos en que la gravedad de las lesiones nos ha obligado a amputar, el tratamiento de urgencia de las fracturas abiertas está dominado por dos problemas, bien distintos, pero de igual importancia y que se complementan entre sí: El de las lesiones de los tegumentos y partes blandas y el de las lesiones óseas.

La escisión cuidadosa, pero económica, no sólo de los bordes de la herida, sino también de todas las zonas contusas e impregnadas de suciedad del tejido celular subcutáneo, aponeurosis y masas musculares, seguida de sutura cuando ésta se puede llevar a cabo fácilmente, son reglas terapéuticas que en la actualidad ya no se discuten, que hemos empleado y seguiremos aplicando en lo sucesivo. Es el tratamiento de las lesiones con pérdida de substancia cutánea más o menos grande

lo que ha provocado frecuentes discusiones en los últimos años, y son muchos los autores que han querido aplicar a su tratamiento los progresos de la cirugía plástica. A las clásicas incisiones de descarga se han añadido las numerosas variedades de plastias por rotación o deslizamiento completadas por injertos libres dermo-epidérmicos. Hemos seguido este movimiento en algunos casos bien escogidos, pero para la mayoría de ellos hemos permanecido fieles al tratamiento clásico: Suturar únicamente las zonas que se dejan aproximar sin tensión, dejando abierto el resto, pero esforzándonos para no dejar el hueso al descubierto, aplicación de injertos demo-epidérmicos secundarios en cuanto el estado local de las lesiones lo permite. Consideramos que es muy difícil poder calcular con precisión la gravedad de las lesiones cutáneas durante el primer examen, pues no es raro ver cómo aberturas puntiformes, a las que no se les ha atribuído al principio una gran importancia, provocan una necrosis secundaria que nadie podía haber previsto, y, por otro lado, cómo amplias e importantes heridas cicatrizan con un mínimo de dificultades.

Tallar colgajos, hacer despegamientos y rotaciones en un terreno cuya vitalidad es precaria puede dar algunos resultados espectaculares, pero es también la causa de fracasos importantes. Por esta razón no aplicamos estos procedimientos más que en casos excepcionales escogidos con el mayor esmero.

Queda el problema de la incisión de descarga, poco elegante y de una eficacia, por lo general, muy limitada. Sólo lo consideramos indicado en un caso preciso, el de hematoma compresivo de la región posterior de la pierna. En este caso una gran incisión posterior de la piel y la aponeurosis constituye una medida de precaución de gran importancia.

El tiempo óseo, importante por sí mismo, es inseparable del tiempo cutáneo, que condiciona, en gran parte, su éxito. Se ha insistido mucho últimamente sobre la necesidad de una buena cobertura cutánea para asegurar la curación de las lesiones óseas, pero esto no debe hacernos olvidar la proposición inversa, igualmente cierta, que dice que una reducción ósea estable y anatómicamente correcta favorece de forma decisiva la buena cicatrización de las lesiones cutáneas.

Por lo tanto, es necesario tratar inmediatamente y lo mejor posible el conjunto de las lesiones cutáneas y óseas. Escindir el problema para tratar de urgencia únicamente la piel, dejando el tiempo óseo para cuando la herida haya cicatrizado, es una actitud falsa y condenable.

El tratamiento de la lesión ósea debe empezarse en cuanto se haya acabado la escisión y limpieza de la herida. Algunas variedades de fractura necesitan un verdadero tiempo óseo, incluso si las grandes líneas del tratamiento siguen siendo ortopédicas.

Cuando hay exteriorización de uno de los fragmentos, generalmente —es el superior—, hay que reintegrarlo después de una limpieza minuciosa y ablación económica de todas las zonas impregnadas de suciedad.

Algunas heridas suficientemente amplias permiten realizar maniobras de reducción a cielo abierto. Estas maniobras sólo deben hacerse en las variedades de fractura en las que se pueda conseguir un engranaje de los fragmentos suficiente para asegurarnos una estabilidad relativa. En ocasiones es posible tallar una punta en uno de los fragmentos, que se introduce en la cavidad medular del otro. Esta forma de obrar nos ha dado buenos resultados en bastantes ocasiones. Las reducciones a cielo abierto de fracturas inestables, dejando un instrumento de contención interna hasta que el yeso haya fraguado, no nos parece un procedimiento recomendable, pues el desplazamiento se reproducirá con toda seguridad.

Queda el problema de las fracturas conminutas y de la esquirlectomía. Este método, que ha sido erigido a la categoría de dogma por los cirujanos, que prefieren correr el riesgo de una pseudoartrosis al de una osteítis, estaba justificado en la cirugía de guerra. En la práctica civil no hay nada que lo justifique, excepto en algunos casos, por lo demás muy raros. De todos nuestros casos sólo en una ocasión hemos procedido a la ablación de un gran fragmento que había perdido todos sus contactos anatómicos y que colocado transversalmente bajo la piel, amenazaba perforarla. La consecuencia fue una pseudoartrosis, y creemos que habría sido más juicioso intentar la reposición del fragmento. Si dejamos aparte la ablación de pequeños fragmentos y las grandes destrucciones óseas de la cirugía de guerra, la esquirlectomía debe considerarse como proscrita.

Para terminar diremos que, hasta 1950, en ocasiones hemos realizado, durante la urgencia, una resección del peroné cuando su integridad impedía una coaptación de los fragmentos. En la actualidad lo hemos abandonado.

Ya hemos citado algunos de los casos excepcionales que han necesitado un verdadero tiempo óseo de urgencia, ahora vamos a tratar de las grandes directrices sobre las que basamos el tratamiento de la lesión ósea (cuadro núm. 1).

CUADRO NUMERO 1

FRACTURAS ABIERTAS DE LA PIERNA TRATADAS EN EL CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DE ESTRASBURGO DESDE 1945 AL 30 DE JUNIO DE 1959

TRATAMIENTO INMEDIATO SEGÚN EL TIPO DE FRACTURA

TIPO DE FRACTURA	Núm. de casos	TRATAMIENTO INMEDIATO				
		Ortopédico			Quirúrgico	
		Tracción continua	Peducción manual	Boehler	Conservador	Amputación
Fracturas espiroideas	25	10	8	5	2 (1 tornillos; 1 enclavamiento)	0
Fracturas oblicuas	22	7	7	1	6 (5 tornillos; 1 resección y lazadas alámb.)	1
Fracturas transversales ...	54	6	28	16	3 (2 tornillos; 1 resección peroné)	1
Fracturas conminutas	61	20	30	6	2 (1 tornillos; 1 enclavamiento)	3
Fracturas bipolares	9	2	5	1	1 enclavamiento	0
Fracturas aisladas de tibia.	13	2	11	0	0	0
TOTAL	184	47	89	29	14	5
		165				

Durante mucho tiempo hemos empleado exclusivamente los procedimientos ortopédicos; hoy la ortopedia sigue predominando, pero la osteosíntesis de urgencia ha venido a enriquecer nuestro arsenal terapéutico (ciento sesenta y cinco tratamientos ortopédicos inmediatos de un total de ciento ochenta y cuatro casos).

Los procedimientos ortopédicos empleados son tres:

La reducción por maniobras manuales o en el aparato de Boehler, manteniendo la reducción por medio de un gran enyesado de todo el miembro inferior no almohadillado y hendido en toda su longitud.

La tracción continua.

Durante mucho tiempo hemos permanecido fieles al viejo procedimiento introducido por Boehler que asegura la reducción con la introducción de dos alambres colocados transversalmente en la diáfisis tibial, por encima y por debajo de la fractura, y que se solidarizan con el escayolado. Método de realización delicada y responsable, en muchos casos, de retardos de consolidación debidos a la persistencia de una separación entre los fragmentos, ha sido abandonado y en la actualidad introducimos un alambre a lo largo de la cavidad medular de la tibia; es un procedimiento fácil de ejecución que proporciona una contención «a mínima» y que evita los desplazamientos secundarios importantes.

En la actualidad aplicamos estas técnicas adaptándolas, con la mayor exactitud posible, a cada caso. Intentamos sistemáticamente la reducción manual seguida de enyesado en todos los casos de fractura estable: fracturas aisladas de la tibia, fracturas transversales con irregularidades suficientes para permitir un engranaje entre los fragmentos, y, en algunos casos de fracturas conminutas y transverso, oblicuas. Los procedimientos de Boehler, antiguo y moderno, son aplicados a las variedades espiroideas y oblicuas cortas con tendencia al desplazamiento, y a condición de que el estado de los tegumentos por encima y por debajo del foco sea impecable; también lo aplicamos a las fracturas transversales inestables.

La tracción continua ha sido rechazada por muchos autores, reprochándole una inmovilización insuficiente de las lesiones; esta actitud es excesiva. Por nuestra parte, hemos reducido el número de sus indicaciones, pero no la hemos suprimido. Después de haberla aplicado durante mucho tiempo a todas las fracturas espiroideas y oblicuas, a algunas conminutas e incluso a las bipolares y aisladas de la tibia, en la actualidad la reservamos para las espiroideas y oblicuas acompañadas de lesiones cutáneas benignas y para la mayoría de las fracturas conminutas. Si se seleccionan correctamente los casos en los que se debe aplicar, constituye un buen procedimiento fácilmente aplicable en un centro de traumatología que disponga del material necesario, y donde algunas de las causas que han desacreditado este método (mal dispositivo de extensión, tracción excesiva) se evitan fácilmente.

Fieles, durante mucho tiempo, a la ortopedia pura, y hostiles a cualquier forma de ósteosíntesis de urgencia (entre 1945 y 1957 hay un solo caso de ósteosíntesis primitiva por tornillos), hemos cambiado de actitud en 1957, dos ósteosíntesis de veintiséis fracturas, y poco a poco hemos ampliado las indicaciones a lo largo de 1958 y 1959, de tal forma que se realizó una ósteosíntesis de urgencia en diez de los cuarenta y cinco casos tratados. En total registramos trece ósteosíntesis primitivas en las ciento ochenta y cuatro fracturas abiertas tratadas.

Partidarios, desde hace mucho tiempo, del empleo de tornillos para la fijación de las fracturas de la tibia, preconizamos este procedimiento en las fracturas espiroideas abiertas, bien aisladamente o combinándolo a una o varias lazadas alámbricas empleadas para fijar un eventual fragmento intermedio. El clavo de Kuntscher lo empleamos en las fracturas transversales, algunas conminutas y en las bifocales. No hemos empleado nunca placas ni coaptadores, y consideramos que no deben emplearse en la ósteosíntesis de urgencia, pues para colocarlos se necesita descubrir muy ampliamente el foco de fractura.

En la actualidad consideramos que la ósteosíntesis inmediata está indicada:

En todos los casos en que las lesiones de las partes blandas permiten una buena exposición de los fragmentos y una ósteosíntesis fácil, sin necesidad de agrandar la incisión ni de maniobras complicadas.

En las fracturas muy inestables.

En los casos de lesiones muy graves en los que la ósteosíntesis constituye un elemento de salvación al crear un eje óseo sólido y rígido en torno del cual las lesiones de las partes blandas podrán cicatrizar. En efecto, cuando persiste una cierta movilidad de los fragmentos óseos, el reposo al que se somete el resto de las lesiones es insuficiente, con lo que las colecciones sanguíneas persisten y la infección se implanta con más facilidad, lo que conduce muy a menudo a la amputación.

En los politraumatizados, sobre todo cuando presentan fracturas asociadas del fémur del mismo lado o de la otra pierna. En ellos la ósteosíntesis inmediata de la fractura abierta facilita mucho el tratamiento de la otra fractura.

Con una frecuencia menor la ósteosíntesis de urgencia está indicada:

Cuando uno de los fragmentos amenaza con perforar la piel.

Cuando la fractura constituye un peligro para el paquete vascular tibial posterior. (Un caso personal.)

2. — El tratamiento secundario

Tales son las diferentes etapas y los principios que nos guían en la realización del tratamiento de urgencia. Pero todo ello no constituye más que el acto inicial de un tratamiento que necesitará una larga y cuidadosa vigilancia en el más mínimo detalle. En la realización y aplicación del tratamiento secundario hemos procurado eliminar las líneas de conducta demasiado rigurosas, adaptando los diferentes tiempos a cada caso en particular. Esta tendencia es válida, sobre todo (ya lo veremos más adelante) en lo que se refiere a la duración del tiempo de inmovilización.

La continuación del tratamiento de las lesiones cutáneas no presenta grandes problemas si se observan las dos reglas fundamentales: Ser exigente con respecto a la calidad de la reducción y hacer las curas lo más espacialmente posible. Esquemáticamente podemos encontrar cuatro tipos de evolución diferente:

a) Cicatrización «per primam» cuando la herida ha podido suturarse completamente.

b) Persistencia de una superficie cruenta cuando no pudo hacerse una sutura completa. En estos casos nos contentamos con la aplicación de injertos dermoepidérmicos libres. Este método simple y desacreditado, con mucha frecuencia nos proporciona porcentajes elevados de buena cicatrización. Consideramos que no debe tenerse muy en cuenta el argumento de que la cicatriz obtenida con este procedimiento es precaria y compromete las posibilidades de una nueva operación cuando ésta es necesaria, por poco que se haya vigilado la calidad de la reducción subyacente, lo que disminuirá considerablemente el número de operaciones secundarias. Cuando a pesar de todo sea necesaria una nueva operación, ésta deberá ir

precedida de un injerto total de piel, de preferencia «crossleg», o bien se adaptará la incisión y la vía de acceso al estado de la piel, evitando los grandes despegamientos en las zonas que presenten un estado precario.

c) La aparición de necrosis asépticas secundarias en zonas de piel que habían sufrido una fuerte contusión. Cuando la extensión de la necrosis es pequeña, se trata lo más a menudo de zonas contusas alrededor de las cuales los puntos de sutura habían tendido demasiado los tegumentos. Tratadas a base de curas espaciadas, la cicatrización no tarda en producirse. Cuando la zona de necrosis es más extensa, la excisión seguida de injertos secundarios es el tratamiento a aplicar.

d) Ultima posibilidad, la supuración. Es muy raro que se limite únicamente a los tegumentos, y en regla general corresponde a una infección ósteo-perióstica subyacente y evolucionará al mismo ritmo que ella. Las reglas del tratamiento serán: limpieza, drenaje y antibioterapia local.

El tratamiento óseo secundario deberá adaptarse a cada variedad de fractura y a cada caso en particular.

En regla general:

Las fracturas tratadas por tracción continua son inmovilizadas en un enyesado de todo el miembro cuando se aprecia clínicamente un principio de consolidación, es decir, alrededor de la cuarta o quinta semanas. Hacemos con frecuencia correcciones menores para conseguir un alineamiento perfecto, en otras ocasiones corregimos la angulación por medio de una platrotomía.

En las fracturas tratadas a base de reducción manual seguida de enyesado; si la reducción se mantiene cambiamos el enyesado al cabo de cinco o seis semanas. Con relativa frecuencia se producen desplazamientos secundarios, de ahí la necesidad de una vigilancia radiológica estricta (treinta y nueve desplazamientos en nuestra estadística). En estos casos hacemos una segunda reducción en el aparato de Boehler colocando dos o tres alambres de fijación que se solidarizan al yeso.

Añadimos un talón de goma al enyesado, al principio del tercer mes, para facilitar la marcha una vez que el riesgo de desplazamientos secundarios ha desaparecido. No empleamos el enyesado de marcha de Delbet, que consideramos como procedimiento anticuado.

La duración total de la inmovilización debe juzgarse, en cada caso, basándose en el estudio clínico y radiológico. Si eliminamos las fracturas abiertas de la infancia y algunas que en el adulto consolidan a mediados del tercer mes, hay que insistir en que, como regla general, los plazos de inmovilización necesarios para obtener la consolidación son largos. La consolidación en cuatro meses puede considerarse como buena, siendo de cinco a seis el límite del tiempo normal necesario para la consolidación. Deben considerarse como normales los mismos plazos en caso de ósteosíntesis de urgencia, y este es un punto sobre el que queremos insistir.

Cuando quitamos el enyesado colocamos sistemáticamente un vendaje a la cola de cinc, según el procedimiento de Unna, que cambiamos tan a menudo como la presencia de un edema lo exige. Paralelamente emprendemos la recuperación funcional de las articulaciones de la rodilla y tibiotarsiana, generalmente en nuestro servicio de kineseterapia.

Gracias a estos principios la mayoría de las fracturas han consolidado, si bien que en algunos casos han sido insuficientes y una operación secundaria ha tenido que venir a completar el tratamiento; en tres de nuestros enfermos hemos tenido que hacer una ósteosíntesis secundaria debido a la insuficiencia de la reducción obtenida con los procedimientos ortopédicos.

3. — Tratamiento de las complicaciones

También hemos tenido que tratar las complicaciones (retardos de consolidación, pseudoartrosis, osteítis) que se han presentado durante el tratamiento (cuadro número 2).

CUADRO NUMERO 2

LAS COMPLICACIONES Y SU TRATAMIENTO

Complicaciones	Número	Tratamiento	
		Ortopédico	Quirúrgico
Desplazamientos secundarios	39	36 nuevas reducciones	3
Retardos de consolidación	35 De los cuales 10 por osteítis y 1 por compl. vascular	25 prolongaciones de la inmovilización	10 1 perforaciones de Bec R 1 perforaciones de Bec R y resección peroné 2 resección peroné 6 Phémister y resección peroné
Pseudoartrosis	5 De los cuales 1 por osteítis grave y 3 pseud. probables	0	8 operaciones (enclavamiento e injerto)
Infecciones	15	15 prolongaciones de la inmovilización	Curetajes, ablación de secuestros 2 amputaciones
Callo vicioso	1	Tratamiento rechazado	Tratamiento rechazado
Isquémicas	4 2 gangrenas 1 hematoma compres. y 1 amenaza de la a. tibial posterior	—	2 amputaciones 1 incisión posterior 1 ósteosíntesis de urgencia

La noción del retardo de consolidación es difícil de concretar y debe ser el objeto de un estudio muy riguroso en cada caso. Basándonos, por un lado, en el plazo de tiempo transcurrido, siendo el mínimo de cinco meses, pero sin considerarlo como un punto definitivo, y, por otro, en los datos clínicos: importancia de la movilidad anormal interfragmentaria con un grado más o menos acusado de indolencia; y radiológicos: ausencia de callo óseo, ensanchamiento del trazado de la fractura, bordes de los fragmentos difuminados; hemos observado treinta y cinco casos de retardo de consolidación.

Es muy instructivo el estudio crítico de las posibles causas de consolidación lenta. Tres de ellas se presentan con gran constancia: La primera debe considerarse como una falta terapéutica y es la separación entre los fragmentos, que puede aparecer en los casos tratados por tracción continua cuando el peso es demasiado

grande, y en las fracturas tratadas con el antiguo método de Boehler, en las que los alambres fijados a la escayola crean, en algunos casos, un artificio que aleja las extremidades de los fragmentos. La segunda causa es la reducción iterativa. Todo desplazamiento secundario que necesite una nueva reducción acabará dando un retardo de consolidación. Por esta razón la vigilancia clínica y radiológica debe ser muy cuidadosa durante los primeros días, para proceder lo más rápidamente posible a la reducción secundaria, caso de que sea necesario. La tercera causa reside en la infección, y no siempre se puede evitar.

La base del tratamiento de los retardos de consolidación es, ante todo, la continuación de la inmovilización por yeso. Al igual que Watson-Jones, creemos que de esta manera se asegura siempre la consolidación, excepción hecha de los casos de pseudoartrosis confirmada. Este tratamiento ha resultado suficiente en veinticinco casos. Con facilidad le asociamos tres tipos de intervención, que aceleran la consolidación: la resección del peroné, las perforaciones de Beck y la aposición de un injerto según la técnica de Phémister. Pero, digámoslo una vez más, es en la inmovilización por yeso sobre lo que se debe contar para conseguir la consolidación definitiva.

Hemos observado cinco casos de pseudoartrosis con todos los signos, clínicos y radiológicos, presentes: movilidad anormal indolente, densificación de las extremidades de los fragmentos, separación de las mismas por una zona completamente transparente, obliteración del canal medular.

Los dos primeros casos fueron debidos a una separación entre los fragmentos. Ambos fueron tratados a finales del sexto mes con la técnica que empleamos para el tratamiento de las pseudoartrosis: Enclavamiento centromedular e injerto fijado con varias lazadas alámbricas después de haber practicado la ablación del callo fibroso, el avivamiento de los fragmentos y tallado los mismos en forma de escalera, de forma tal que se consiga el máximo acoplamiento entre ellos; todo ello seguido de inmovilización por yeso durante cuatro meses, por lo menos.

El tercer caso se presentó en 1954; el enfermo había presentado una gangrena gaseosa que dio como consecuencia una osteítis grave y generalizada de la tibia. El enfermo ha muerto hace poco tiempo de una enfermedad intercurrente, habiendo rechazado constantemente la amputación, a pesar de que la supuración no había desaparecido.

Los casos cuarto y quinto corresponden a dos enfermos que habían sufrido una fractura bipolar de tibia. El primero, no habiendo consolidado uno de los focos al cabo de seis meses, fue tratado por el procedimiento habitual. El segundo, que había sido tratado por enclavamiento centromedular inmediato, y que aparentemente había consolidado, fracturó el clavo en un accidente de mínima intensidad, ocurrido dos meses después de haber empezado a andar. El tratamiento aplicado fue el mismo que a los demás.

A estos cinco casos seguros se añaden:

Un enfermo en el que una esquirlectomía amplia habría provocado, con certeza, una pseudoartrosis y que fue tratado por el procedimiento habitual al cabo de setenta y cinco días; seis meses más tarde había consolidado completamente.

Un segundo enfermo, que presentó una fractura abierta transversal de la tibia y que tratado por el antiguo procedimiento de Boehler presentaba una importante separación entre los fragmentos, fue operado al cuarto mes para evitar la pseudoartrosis.

Un politraumatizado sueco, que fue tratado por tracción continua, nos ha comunicado por correo que, una vez de regreso a su país, sufrió una intervención, probablemente por pseudoartrosis, y que un año más tarde la fractura había consolidado.

Y, finalmente, un enfermo, originario de París, que presentó una fractura bipolar y que fue tratado ortopédicamente. La mala reducción y la falta de signos de consolidación de uno de los focos motivó una nueva intervención, realizada en el hospital Cochin, a los setenta y cinco días. También en este caso la evolución hacia la pseudoartrosis era de temer.

En esta corta serie encontramos, al igual que en los retardos de consolidación, tres causas fundamentales: Separación entre los fragmentos por tracción excesiva, osteítis y esquirlectomía amplia. Si dejamos aparte la osteítis, que no siempre se puede evitar, estas constataciones objetivas hacen resaltar la parte que corresponde, si no a los errores del tratamiento, por lo menos a las imperfecciones terapéuticas, en la génesis de la pseudoartrosis y de los retardos de consolidación. Y, por lo tanto, con ello se explican muchos de los misterios de la no consolidación, sin que por ello se olviden las grandes incógnitas de la biología ósea.

Sólo hemos observado un caso de callo vicioso, debido a una inmovilización demasiado corta; pero el enfermo, ante el temor de una nueva operación, no ha vuelto a nuestra consulta, a pesar de ver cómo los fragmentos se angulaban progresivamente. En la actualidad rechaza la operación correctora.

Las complicaciones infecciosas han sido variadas: Supuración de las partes blandas, ósteoperiostitis superficiales, osteítis localizadas al foco, osteítis graves y extensas, osteítis localizadas en los puntos de introducción de los alambres (en total, quince casos). Todas ellas han sido tratadas según los principios clásicos, es decir, en primer lugar por enyesado y después por toda la gama de intervenciones quirúrgicas conocidas: Desbridamientos, incisiones, curetajes, ablación de secuestros. Rechazamos la diafisectomía parcial y creemos que una amputación a tiempo es más beneficiosa.

Las osteítis han traído como consecuencia diez retardos de consolidación y una pseudoartrosis. Dato que hay que agregar al estudio hecho sobre las causas de retardo de consolidación y pseudoartrosis.

La última complicación a estudiar es la de lesión del paquete vásculo-nervioso tibial posterior. Complicación rara que sólo hemos visto en cuatro ocasiones:

En el primer caso, un afilado fragmento, en una fractura conminuta, amenazaba directamente la arteria tibial posterior. La ósteosíntesis de urgencia eliminó todo peligro de forma segura y definitiva.

En el segundo caso se trataba de una fractura del tercio superior a la altura de la arcada del sóleo. Una contusión seguida de trombosis del tronco tibioperoneo provocó una gangrena progresiva del miembro, que tuvo que ser amputado a pesar de las infiltraciones lumbares y arteriales practicadas.

El tercer caso presentaba un enorme hematoma compresivo de la región posterior, debido a la lesión de la vena tibial posterior en una fractura conminuta. Una gran incisión posterior seguida de evacuación del hematoma y revisión del paquete vásculo-nervioso que presentaba signos evidentes de isquemia.

En fin, el cuarto enfermo tuvo que ser amputado ante la aparición de una gangrena isquémica, que se presentó en el curso de un «delirium tremens».

Al lado de toda la gama de la terapéutica vasodilatadora, que debe llevarse incluso hasta la simpatectomía lumbar, hay que insistir, a la luz de esta breve

serie, sobre el valor de la gran incisión posterior de descarga, y que debe comprender no sólo los tegumentos, sino también la aponeurosis y las masas musculares. No debe dudarse en aplicar esta operación a los casos en que un hematoma compresivo pone en peligro la vitalidad del miembro inferior.

Si a la luz de este estudio tratamos de resumir nuestros grandes principios terapéuticos, diremos que:

Los preceptos clásicos: Escisión; desbridamiento y limpieza de las lesiones; la sutura, cuando sea posible, con el fin de transformar la fractura abierta en cerrada; la reducción y la inmovilización en un gran enyesado de todo el miembro siguen constituyendo los dogmas fundamentales.

Las plastias cutáneas, lejos de ser sistemáticas en los casos de lesiones extensas, deben emplearse con mucha rareza y únicamente en los casos en que la vitalidad de los colgajos obtenidos puede hacerse con un máximo de garantía.

La ortopedia conserva todavía el primer puesto en el tratamiento de las lesiones óseas, pero debe aplicarse con un criterio muy estricto, adaptándola con exactitud a cada caso y vigilando muy de cerca la evolución. En un cierto número de casos, cuya gama tiende a aumentar, debe reemplazarse por una ósteosíntesis de urgencia. Este método, última adquisición del arsenal terapéutico para el tratamiento de las fracturas abiertas, sólo debe ser empleado por cirujanos que estén muy familiarizados con la cirugía ósea y en un centro que posea todo el instrumental necesario.

Cualquiera que sea la variedad de la fractura, el tratamiento aplicado, las vicisitudes de la evolución de las lesiones, agravadas o no con la aparición de complicaciones, hay que insistir sobre la importancia capital de una inmovilización estricta por medio de un enyesado que se extenderá desde la raíz del miembro hasta los dedos y que se mantendrá hasta que la consolidación de la fractura no ofrezca lugar a dudas. La mayor parte de los fracasos que se observan son debidos a que este principio no ha sido observado correctamente.

RESUMEN

Se hace un estudio de las técnicas empleadas y de los resultados obtenidos en ciento ochenta y cuatro casos de fracturas abiertas de la pierna tratados en el Centro de Traumatología de Estrasburgo.

El número de casos tratados por procedimientos ortopédicos es netamente superior al de los tratados por ósteosíntesis de urgencia, pero la tendencia actual es de aumentar el número de indicaciones de esta última.

Completan el artículo una serie de consideraciones sobre la evolución y las complicaciones que se han presentado.

BIBLIOGRAFÍA

Discussion devant L'Academie de Chirurgie.
Mémoires de L'Académie de Chirurgie, tomos 83 y 84. Años 1957 y 1958. París.

Dirección: 45, Boulevard Clemenceau. Strasbourg.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960

INSTITUTO DE CITOLOGÍA EXPERIMENTAL Y HEMATOLOGÍA
(FUNDADO EN 1927)
DIRECTOR: DR. F. MAS Y MACRO

LAS LLAMADAS LEUCEMIAS DE EOSINÓFILOS

POR EL

DR. FRANCISCO MAS Y MAGRO (JR.)

ALICANTE

A partir de la publicación de GIFFIN, en 1919, de un caso de *eosinofilia persistente con hiperleucocitosis y esplenomegalia,* en el que su autor estudió la posibilidad de existencia de una leucemia eosinófila, los autores, en general, se hallan más o menos indecisos a admitir la leucemia de eosinófilos. Ciertamente, la cuestión, fuertemente discutida, no ha podido ser resuelta, porque en torno a la misma flotan dudas que aún persisten. Más adelante, la leucemia mielógena de eosinófilos tuvo una mayor realidad clínica, con mayor motivo después de que, en 1933, E. WEIL describió la leucemia de polinucleares. Descontados los casos como el de GLANZMANN, que diagnosticó como *endoteliomatosis,* con 12.000 a 183.000 leucocitos por mm. c. y 4 a 33'6 eosinófilos por ciento; de RHEINBACH, diagnosticado de *linfosarcoma del cuello,* con 120.000 leucocitos por mm. c. y 48 eosinófilos por ciento, y algunos más, hallamos en la revisión bibliográfica los siguientes casos, que pueden ser incluídos como de leucemia mielógena eosinófila. El de WITILLMANN (1922), con hiperleucocitosis, eosinofilia persistente y esplenomegalia, con cifra de leucocitos de 118.000 a 165.000 por mm. c., y eosinofilia del 85 al 91 por ciento; de GIFFIN (1919), que se refiere a un hombre de 31 años, afecto de esplenomegalia y ligera adenopatía, con 21.800 leucocitos por mm. c. y 76 por ciento de eosinófilos, al cual se le extirpó el bazo, presentando después de la operación 210.000 leucocitos por mm. c. y 90'7 por ciento de eosinófilos, mostrando el bazo extirpado los caracteres histopatológicos de la leucemia mieloide.

A tan significativas observaciones hay que añadir las de AUBERTIN, GIROUX, ALEXANDER, BASS, BRUMLING, EWANS, NESRIT, JACOBSEN, LEFAK, PINEY, ROYE y otras. Más modernamente tenemos los casos de GERHARD y HENSCHEL (1958), sobre una observación clínica de un hombre de 75 años, diagnosticado de leucemia subaguda de eosinófilos; el caso de YOKORO, TEKEMOTO y FUNAKI, referente a una mujer de 58 años, con fiebre alta, con 228.000 leucocitos por mm. c., con numerosas células inmaduras y alta eosinofilia; MALLARMÉ, TURIAF, BASSET y LORTHOLARY (1959), referente a un hombre de 56 años diagnosticado de leucemia eosinófila; KAGEYAMA, OGINO y ONUKI, sobre un caso de leucemia subaguda eosi-

nófila en un hombre de 53 años; NAGANO, TAKEUCHI, SEKI y TEKESHITA (1959), sobre un caso de reacción leucemioide eosinófila, en un hombre de 27 años, con 40.000 leucocitos por mm. c. y 79 por ciento de eosinófilos. Los casos de GROSS, HELLWEG y LAMBERS (1955), que refieren una leucemia de eosinófilos, de curso agudo. PISO cita el caso de un hombre de 55 años, con dolor agudo en pierna derecha y descompensación cardíaca, con 16.700 leucocitos por mm. c. y 84 por ciento de neutrófilos segmentados. Cinco días después, los leucocitos aumentaron a 84.000 por mm.-c., con la presencia del 74 por ciento de eosinófilos. Al enfermo se le presentó una tromboflebitis en dicho miembro, falleciendo a los pocos días. Este autor considera la leucemia eosinófila, posiblemente, como una reacción alérgica producida por algún agente (exógeno o endógeno) que actuase sobre el sistema retículoendotelial; SUGAWARA, KAGAYA y KANEDA (1956) citan el caso de un niño de 11 años, con fiebre, malestar general, hepatomegalia y esplenomegalia a tres traveses de dedo del reborde costal izquierdo, con adenopatías, tendencia a hemorragias, con 2.600.000 eritrocitos por mm. c., 20.000 leucocitos y 68 por ciento de eosinófilos y numerosos mieloblastos y promielocitos. FADELL, CRON-, LEONARD y ALTAMIRANO (1957) citan el caso de un hombre de 27 años con leucemia eosinófila aguda; igualmente como BOUSSER (1957), PIROVANO (1955), sobre un hombre de 37 años con hepatoesplenomegalia, con 73.000 leucocitos por milímetro cúbico y 68 por ciento de eosinófilos, con hiperplasia de eosinófilos en medula ósea; NAVEIRA y MAYALL (1959) y otros muchos más.

En nuestra casuística tenemos algunos casos muy típicos:

CASO N.º 1.—Niña de 6 años. Enfermó hace dos años. Episodios cortos de febrícula y, finalmente, amigdalitis con fiebre de 39 grados. En sangre, 4.960.000 eritrocitos por milímetro cúbico, 39.560 leucocitos por mm. c. Neutrófilos, metamielocitos y mielocitos, unos 12'5 por ciento; eosinófilos, 65 por ciento, y linfocitos, 22 por ciento. Aumenta la esplenomegalia. En fase de apirexia: eritrocitos, 4.740.000 por mm. c., leucocitos, 85.000 por mm. c., con 84 por ciento eosinófilos y 2'4 promielocitos patológicos por ciento. La esplenomegalia pasa a dos traveses de dedo de la línea umbilical.

CASO N.º 2.—Mujer de 46 años. Esplenomegalia, 95.000 leucocitos, con 83 por ciento eosinófilos y algunos promielocitos patológicos con peroxidasas.

El diagnóstico de la leucemia de eosinófilos, en su forma crónica, se apoya en la esplenomegalia, la hiperleucocitosis y la eosinofilia superior al 70 por ciento, juntamente con algunos promielocitos patológicos con granulaciones de peroxidasas. Precisa hacer la discriminación de los afectos más dispares, especialmente en la llamada eosinofilia constitucional. En un enfermo de la llamada gran eosinofilia de Muller, Ragul-Duval, Baffie y Marandon (1949), que fue atribuída a estrongiloidosis intestinal, con 28.400 leucocitos por mm. c. y 81 por ciento de eosinófilos, la terminación mortal la produjo una leucosis, en el transcurso de dos meses, con descenso de la cifra de los eosinófilos al 1 por ciento. Por tanto, en las llamadas eosinofilias constitucionales se impone la investigación hematológica con el objeto de poder discriminar una leucemia de eosinófilos. La presencia de una cifra muy elevada de eosinófilos y la de algunos promielocitos patológicos (con peroxidasas) conjuntamente, permitirá referir la eosinofilia a su verdadero origen leucémico.

La neutrofilia en la leucemia mielógena granulocítica, en su caso la eosinofilia en la leucemia granulocítica eosinófila, no obstante estar constituídas por leucocitos maduros, y por lo mismo no corresponden al concepto de inmadurez o de desdiferenciación o de indiferenciación, según el clásico concepto de las células leucémicas de la sangre y de los parénquimas de los órganos hematopoyéticos,

forman el cortejo reactivo celular de dos formas de la leucemia mielógena, la neutrófila, casi siempre en cifra elevada, predominante en la forma leucocitaria, en la leucemia mielógena de neutrófilos y la eosinofilia, también con los mismos caracteres, en la leucemia mielógena de eosinófilos.

Desde E. WEIL, la leucemia de polinucleares es una forma de la leucemia mieloide. Y por lo que se refiere a la leucemia de eosinófilos, MULLER, RAGUL-DUVAL, BAFFIE y MARANDON, si bien no se pronuncian en favor de su identidad con la enfermedad leucémica, la admiten como una preleucemia. MAS Y MAGRO, en su libro «La Leucemia», profesa el concepto según el cual la leucemia de eosinófilos es una forma de la enfermedad leucémica mieloide, que nada tiene que ver con la llamada *eosinofilia constitucional*, cuyo cuadro hemato-clínico es totalmente diferente del cuadro de la leucemia mielógena de eosinófilos, esencialmente caracterizado, como hemos dicho anteriormente, por esplenomegalia intensa, hiperleucocitosis francamente leucémica, fuerte predominio de eosinófilos en la sangre, con presencia de promielocitos patológicos con granulaciones de peroxidasas, sin contar con las metaplasias del bazo, que dan a este órgano un aspecto identificable con el de la esplenomegalia de la leucemia mieloide (GIFFIN). Por último, en la observación de los autores citados, la enfermedad fue seguida de una leucosis mortal en unos dos meses, en la que la cifra de los eosinófilos descendió al 1 por ciento, como corresponde a las leucosis de tan corta evolución.



MICROFOTOGRAFÍA 1

COBAYO 34. EXTENSIÓN DE SANGRE. COLORACIÓN POR EL MÉTODO DE GIEMSA. EOSINÓFILOS: 96 POR 100. N, NEUTRÓFILO. LOS DEMÁS SON EOSINÓFILOS. AUMENTOS: X 1'200.

En la leucemia de neutrófilos, y lo mismo en la de eosinófilos, se da el curioso caso de que la inoculación al cobayo, por escarificación, va seguida del mismo tipo mielógeno de la leucemia experimental, esto es, de eosinófilos; contrariamente, cualquiera que sea la forma hematoclínica de la leucosis, su inoculación al cobayo va constantemente seguida de leucosis de granulocitos neutrófilos en sangre, pero con alteraciones histopatológicas de leucosis mieloide, identificables con las de la leucosis mieloide humana. Este singular cambio de forma de la enfermedad leucémica humana, vistas las dos vertientes, la humana espontánea y la experimental del cobayo, conducen a admitir que las formas leucémicas, en general, dependen, más que del virus causal, de la reacción del organismo afecto para el mismo virus, mielotropo, en este caso concreto (MAS Y MAGRO).

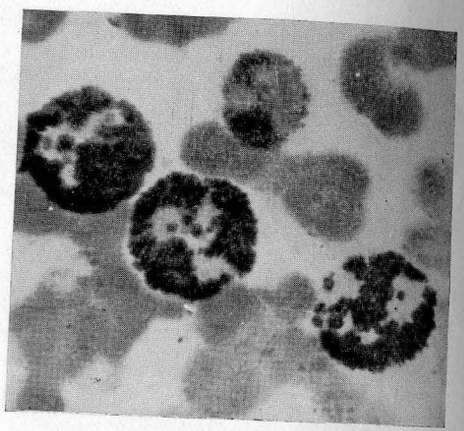
La inoculación de sangre de leucemia promielocítica humana al cobayo, después de un largo período de incubación, produce en este animal una leucemia granulocítica eosinófila, con hiperleucocitosis, que alguna vez ha llegado a 146.000 por mm. c. y 93 eosinófilos por ciento; ahora bien, si inoculamos sangre de un enfermo de leucemia granulocítica eosinófila (85.000 leucocitos por mm. c. y 83 por ciento eosinófilos) al cobayo, entonces se produce también, invariablemente, una leucemia eosinófila experimental. De aquí se deduce que tanto la leucemia eosinófila como la neutrófila está producida por el mismo virus leucémico, activo para

determinar una leucemia promielocítica o granulocítica (sólo en el hombre) o granulocítica eosinófila (en el hombre, de un modo accidental, y en el cobayo, de un modo constante).



MICROFOTOGRAFÍA II

COBAYO 34. EXTENSIÓN DE SANGRE. COLORACIÓN POR EL MÉTODO DE PEROXIDASAS. EOSINÓFILOS. AUMENTOS: x 1'200.



MICROFOTOGRAFÍA III

NIÑA DE 6 AÑOS. LEUCEMIA EOSINÓFILA. EXTENSIÓN DE SANGRE. COLORACIÓN POR EL MÉTODO DE PEROXIDASAS. EOSINÓFILOS. AUMENTOS: x 1'200. AMPLIACIÓN POSTERIOR.

INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES

De los cobayos inoculados, por escarificación, de leucemia mielógena humana desechamos aquellos que presentan una eosinofilia inferior al 40 por ciento. Vamos a transcribir algunos protocolos característicos; sin embargo, hemos de advertir que la eosinofilia se presenta de un modo constante, y para encontrarla se precisa, en algunos casos, realizar una investigación hematológica cada dos o cuatro días, en los casos agudos de leucemia experimental del cobayo por transmisión de la humana, ya que la muerte suele presentarse dentro de los treinta días siguintes de la inoculación. La eosinofilia se presenta a los cuatro y ocho días de la inoculación, cesando dos o tres días antes de la muerte de los mismos

COBAYO 26.—Inoculación de sangre desecada, por escarificación, de enfermo de mielosis crónica humana.

Control: Leucocitos por mm. c.: 10.000; eosinófilos: 2'4 por ciento; peso: 400 gramos.
Inoculación:

A los 11 días: Leucocitos por mm. c.: 22.800; eosinófilos: 37 %
A los 24 días: » » 26.400; » 42 %
A los 31 días: » » 23.000; » 39 %
A los 42 días: » » 35.000; » 55 %
A los 68 días: » » 41.600; » 44 %; peso: 500 gr.
A los 130 días: » » 33.000; » 40 %
A los 158 días: » » 30.000; » 74 %
A los 194 días: » » 36.200; » 66 %
A los 232 días: » » 45.000; » 67 %
A los 262 días: » » 50.200; » 70 %; peso: 600 gr.
A los 276 días: » » 58.800; » 70 %
A los 381 días: » » 53.800; » 66 %
A los 433 días: » » 34.200; » 63 %

Reactivación del proceso por medio de un traumatismo provocado en el miembro inferior:
A los 466 días: Leucocitos por mm. c.: 26.000; eosinófilos: 6 %; peso: 500 gr.
A los 470 días: » » 23.400; » 0
A los 474 días: Leucopenia. Eosinófilos: 0; peso: 350 gr.
Muerte. Bazo: 1'10 gramos. Peso final del cobayo: 269 gramos.

COBAYO 30.—Inoculación, por escarificación, de sangre desecada de enfermo de mielosis aguda humana.

Control: Leucocitos por mm. c.: 9.600; eosinófilos: 2'2 por ciento; peso: 300 gramos.
Inoculación:

A los 13 días: Leucocitos por mm. c.: 14.400; eosinófilos: 39
A los 40 días: » » 12.000; » 20; peso: 400 gr.
A los 68 días: » » 14.300; » 30
A los 97 días: » » 13.400; » 24; peso: 300 gr.
A los 123 días: » » 10.000; » 34
A los 152 días: » » 8.200; » 41; peso: 400 gr.
A los 314 días: » » 34.200; » 63; peso: 500 gr.
A los 379 días: » » 19.000; » 38; peso: 700 gr. En gestación.
A los 425 días: » » 25.800; » 40
A los 450 días: Muerte producida por el parto. Bazo: 28 cgr.; peso: 350 gr.

COBAYO 31.—Inoculación, por escarificación, de sangre desecada de enfermo de leucemia granulocítica (leucemia mieloide aguda humana).

Control: Leucocitos: 12.000 por mm. c.; eosinófilos: 1'4 por ciento; peso: 500 gramos.
Inoculación:

A los 12 días: Leucocitos por mm. c.: 21.000; eosinófilos: 31 %
A los 28 días: » » 28.100; » 51 %
A los 94 días: » » 6.000; » 0'2 %

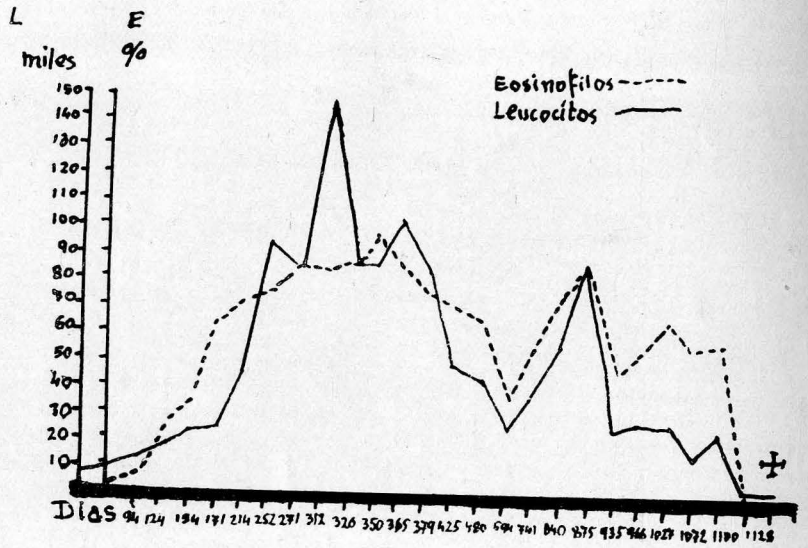
Estado muy grave. Astenia muy intensa, que se extendió a toda la musculatura. Sin poder andar (no parálisis, sino por la fuerte hipotonía muscular).
A los 96 días, muerte. En medula ósea, eosinofilia intensa.
En otros cobayos que presentaron en el curso de su enfermedad eosinofilia sanguínea, a su muerte se encontró muy aumentado su número en medula ósea.

COBAYO 34.—Inoculación, por escarificación, de sangre desecada de leucosis granulocítica humana.

Control: Leucocitos por mm. c.: 9.800; eosinófilos: 0'6 por ciento; peso: 350 gramos.
Inoculación:

A los 94 días: Leucocitos por mm. c.: 11.600; eosinófilos: 5 %
A los 124 días: » » 17.600; » 23 %; peso: 300 gr.
A los 154 días: » » 21.600; » 34 %
A los 171 días: » » 22.300; » 62 %; peso: 425 gr.
A los 214 días: » » 45.200; » 70 %; peso: 500 gr.
A los 252 días: » » 92.400; » 76 %
A los 271 días: » » 84.800; » 84 %
A los 312 días: » » 146.800; » 83 %; peso: 600 gr.
A los 325 días: » » 85.000; » 87 %
A los 350 días: » » 85.000; » 96 %
A los 365 días: » » 102.000; » 85 %
A los 379 días: » » 83.400; » 78 %
A los 425 días: » » 48.800; » 70 %; peso: 700 gr.
A los 480 días: » » 41.600; » 66 %
A los 594 días: » » 25.000; » 38 %; peso: 600 gr.
A los 741 días: » » 37.800; » 55 %; peso: 500 gr.
A los 840 días: » » 65.000; » 74 %; peso: 600 gr.
A los 875 días: » » 86.000; » 86 %
A los 935 días: » » 24.000; » 43 %; peso: 750 gr.
A los 966 días: » » 27.500; » 53 %
A los 1.027 días: » » 27.000; » 65 %
A los 1.072 días: » » 17.000; » 55 %
A los 1.100 días: » » 25.000; » 57 %

Reactivación del proceso por medio de un traumatismo.
A los 1.128 días: Leucopenia intensa; eosinófilos: 0; peso: 500 gramos.
Muerte. Bazo: 1'40 gramos.



GRÁFICA: COBAYO UÚM. 34

En los experimentos de transmisión de la leucemia aguda humana al cobayo se destacan constantemente tres hechos: 1°, una mortalidad del 90 por ciento de los animales inoculados; 2.°, las alteraciones verdaderamente específicas, de naturaleza leucémica, de la sangre y la medula ósea, caracterizadas por la presencia del promielocito atípico, cuya demostración objetiva se puede realizar por la reacción de peroxidasas; 3.°, la constancia de la reacción eosinófila en sangre y medula ósea en todos los animales inoculados, incluso en el 10 por ciento de los que sobreviven. En la transmisión de la leucemia crónica y granulocítica humana la supervivencia de los cobayos es mayor y su muerte sobreviene a consecuencia de una activación por un traumatismo provocado o por la interferencia viral. La eosinofilia, como ha demostrado MAS Y MAGRO, está íntimamente ligada a la presencia de un antígeno; es lógico deducir que todos los cobayos inoculados con material humano de leucemia, en los que la eosinofilia es constante, sufren los efectos de un antígeno, que por sus resultados debe identificarse con el virus de la leucemia. Por lo demás, la reacción eosinófila, frecuentemente acusada, se presenta también de un modo constante, y en algunos casos intensa, en otras enfermedades por virus, por ejemplo en la viruela, en la que «es muy precoz la reacción alérgica (eosinofilia)», ya que aparece bien destacada al final del período prodrómico (MAS Y MAGRO), con cifras relativamente altas (hasta el 14 por ciento). Esta eosinofilia fue ya observada por NAEGELI, ROSENOW, SADA y NODA. De consiguiente, la eosinofilia consecutiva a la inoculación, por escarificación de la piel del cobayo, de material leucémico humano, tanto de la forma mieloide aguda como la mieloide crónica y granulocítica, debe considerarse ligada a la presencia de un antígeno-virus.

En la linfosis crónica experimental, las cifras de los eosinófilos son más bajas, por ejemplo, del 12 por ciento a los cuatro meses de la inoculación; en otro caso

llegó al 29 por ciento a los siete meses, de lo que se deduce que el virus de la linfosis parece tener mayor actividad patógena que el de la mielosis.

Comparadas las cifras de la eosinofilia en la leucemia mieloide experimental con la forma linfoide, también experimental, por transmisión de la leucemia humana, se observa en seguida que es más elevada en las mielosis que en las linfosis. Para explicar este hecho precisa recurrir a la vía experimental. En efecto, la reinoculación, entre los catorce y los veintidós días, de un antígeno en el cobayo, por ejemplo, la ovalbúmina, que, como se sabe, causa una eosinofilia más o menos elevada, y unas horas antes de la reinyección desencadenante de la ovalbúmina se administra por vía intraperitoneal una dosis no letal de saponina, por ejemplo, dos miligramos, la eosinofilia deja de producirse (MAS Y MAGRO). Es decir, que el tóxico citolítico, la saponina, ha impedido la producción de la eosinofilia, según comprobó MAS Y MAGRO en 1924; la saponina actúa a título de inhibidor de la eosinofilia. Así, la mayor virulencia del agente causal de la linfosis, por un mecanismo poco conocido, inhibe la eosinofilia o la frena.

En resumen, el diagnóstico de la leucemia de eosinófilos se apoya en la esplenomegalia, la hiperleucocitosis, la eosinofilia marcada, juntamente con la presencia de promielocitos patológicos con granulaciones de peroxidasas. Es cierto que las formas neutrófila y eosinófila de la leucemia mielógena constituyen hallazgos verdaderamente raros; pero se ha de tener en cuenta que son muchos los casos de estas leucemias indiagnosticadas que escapan a la investigación hematoclínica.

RESUMEN

La posibilidad de existencia de una leucemia eosinófila es todavía hoy una cuestión muy debatida por los distintos autores. Su diagnóstico se apoya en la esplenomegalia, la hiperleucocitosis y la eosinofilia superior al setenta por ciento, juntamente con la presencia de promielocitos patológicos con granulaciones de peroxidasas.

Las investigaciones experimentales en cobayos inoculados por escarificación de leucemia mielógena humana, revelan alteraciones caracterizadas por constancia de la reacción eosinófila en sangre y medula ósea, ligada a la presencia de un antígeno-virus. Estas alteraciones constituyen también hallazgos, aunque raros, en la clínica humana, que confirman estos resultados experimentales.

BIBLIOGRAFÍA

ALEXANDER, M., y SHAW, R.—*British Medical Journal*, 29, 314. 1921.

AKIRA NAGANO, MAKOTO TAKEUCHI, JIRO SEKI, YUTARA TEKESHITA, TOHRU KURAKATA y TOMOO OHTSUKA.—«A case of eosinophil leukemoid with paragonimiasis cerebri». *Yokohama Medical Bulletin*, 10, 60-67. 1959.

BOUSSER, J.—«Eosinophilia and leukemia. Critical review of the cuestion of eosinophilic leukemia». *Revue du Praticien*, 7 (20), 2.189-2.197. 1957.

EWANS, T., y NESRIT, R.—*Blood*, 4 603. 1949.

FADELL, E.; CRONE, I.; LEONARD, M., y ALTAMIRANO, D.—«Eosinophilic leukemia». *Archives of Internal Medicina*, 99 (5), 819-823. 1957.

GERHARD, J., y HENSCHEL, E.—«The so-called eosinophilic leukemia with skin infiltration». *Folia Haematologica*, 75, 643-653. 1958.

GROSS, R.; HELLWEG, G., y LAMBERS, K.—«Zur frage der eosinophilen Leukämie». *Zeitschrift für Kinderheilkunde*, 77, 208-226. 1955.

GIFFIN, H.—«Persistente eosinophile with hiperleukocytosis and splenomegaly». *American Journal Medicale Sciencen*, 180, 68. 1919.

KENJIRO YOKORO HIROYUKI TEKEMOTO y SAICHI FUNAKI.—«An autopsy case of eosinophilic leukemia». *Acta Hematologica Japonica*, 21, 896-905.

KEIZO KAGEYAMA, TOSHIO OGINO y TOSHIE ONUKI.—«An autopsy case of subacute eosinophilic leukemia». *Keio Medical Society Journal*, 36, 259-264. 1959.

MALLARMÉ, J.; TURIAF, J.; BASSET, G., y LORTHOLARY, P.—«Eosinophile leukemia». *Soc. Medicale des Hopitaux de París. Bulletin et Memoires*, 5, 6, 203-211. 1959.

MAS Y MACRO, F.—«La alergia celular». Editorial Aguado, Madrid, 1945.
— «Estudios sobre alergia. La constitución bioquímica del antígeno». *Clínica Hispánica*, 2, 73-86. 1946.
— «Investigaciones acerca de las granulaciones eosinófilas de los leucocitos (investigaciones realizadas en mamíferos, aves, anfibios y peces)». *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*. Año 1910.
— «El síndrome hemático de la anafilaxia». *Archivos de Cardiología y Hematología*, 1, 417-453. Año 1920.
— «Estudios sobre la fisiología de los tejidos linfoides». II. Acción de los extractos acuosos de ganglios linfáticos sobre los granulocitos eosinófilos. *Archivos de Cardiología y Hematología*, III. 1922.
— «Estudios experimentales sobre eosinofilia». I. Eosinofilia de origen hemolítico. *Archivos de Cardiología y Hematología*, IV. 1923.
«Estudios experimentales sobre eosinofilia». II. Eosinofilias producidas por proteínas heterólogas. *Archivos de Cardiología y Hematología*, IV. 1923.
— «Estudios experimentales sobre eosinofilia». III. Algunas condiciones biológicas de la eosinofilia. *Archivos de Cardiología y Hematología*, 208-218. 1932.
— «Los esquemas clínicos de las correlaciones de la eosinofilia y con los linfocitos y los monocitos de la sangre». *Revista Médica de Barcelona*, 17, 48. 1932.
— «Über die morphologischen Blütveranderungen bei anaphylaxie». *Virchow's Archiv*, 243. 1922.
— «La anafilaxia parantígena y la hipótesis de los parantígenos». *El Siglo Médico*, 1927.
— «Metamielocitos y metamielocitosis». II. Efectos de la saponina. *Archivos de Cardiología y Hematología*, VII. 1926.
— «Sur la genese des granulations neutrophiles et eosinophiles des granulocytes». Societé d'Hematologie, París. *Le Sang*, 8, 881. 1934.
— «Estudios experimentales sobre eosinofilia». IV. Eosinofilia local. *Archivos de Cardiología y Hematología*, 1934.
— «La fórmula leucocitaria y su valor clínico». Edit. Calleja, Madrid, 1921.
— «La fórmula leucocitaria en las enfermedades infecciosas». 2.ª edición. Edit. Morata, 1950.
— «Diagnóstico de la leucemia». Edit. Científico Médica, Barcelona, 1954.
— «La leucemia». Edit. Morata, Madrid. 1.ª edición, 1953; 2.ª edición, 1955.
— Enfermedades de la sangre». Capítulo XXXIII del «Tratado Ibero-Americano de Medicina Interna», tomo II. Editorial Plus-Ultra, Madrid, 1922.
— «Investigaciones morfológicas y experimentales sobre la patogenia de la leucemia mieloide aguda». VI. Reacción del antígeno (virus leucémico) constatada por el test de la eosinofilia en los cobayos inoculados con material (sangre) de leucemia mieloide aguda humana. *Archivos de Medicina Experimental*, XIV, 73-81. 1951.
— «La hematología aplicada a la clínica». Edit. Morata, Madrid, 1941.
MULLER, B.; RAGUL-DUVAL, P.; BAFFIE, Y., y MARANDON, G.—*Le Sang*, 20-69. 1950.
NAVEIRA, J., y MAYAL, R.—«Reacción leucemoide eosinófila». *Revista Brasileira de Medicina*, 16, 659-660. 1959.
PINEY, A.—*Rev. Hematol.*, 4, 3. 1949.
PISO, H. J.—«Eosinophilic Leukemia». *Nederlandsch Tijdscharift voor Geneskunde*, 100 (38), 2.729-2.734. 1956.
PIROVANO, L.—«Un caso de mielosis leucemica eosinofila». *Il Policlinico*, 62, 1.547-1.554. 1955.
ROYE, D.—*Medical Journal Australia*, 2, 156. 1940.
YOSHITAKA SUGAWARA, EI KAGAYA y MITSUHIRO KANEDA.—«Eosinophilic leukemia. Raport a case». Sogorinsho, 5, 1.413-1.416. 1956.

Dirección: Paseo de Calvo Sotelo, 12. Alicante.

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960

CÁTEDRA DE FARMACOLOGÍA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LIMA (PERÚ)
CATEDRÁTICO: DR. CARLOS A. BAMBARÉN

VARIACIONES CUANTITATIVAS DE FOSFOLIPIDEMIA EN ENFERMOS MENTALES POR ACCIÓN DEL MEPROBAMATO

POR LA

SRTA. ZENAIDA Y. ROSALES CONDOR

LIMA (PERÚ)

El estudio del metabolismo del sistema nervioso central en personas aparentemente sanas y en psicóticos, se ha perfeccionado por el progreso de las técnicas bioquímicas y por la incorporación de nuevas substancias farmacológicas que, por poseer tropismo específico, se localizan en determinadas porciones del encéfalo, dando a conocer sus funciones.

La psicofarmacología está permitiendo escudriñar las interrelaciones entre modificaciones anímicas y trastornos bioquímicos del sistema nervioso.

La tarea de desentrañar las modificaciones metabólicas de la neurona en las enfermedades mentales, se ha facilitado, en cierto modo, con las drogas psicotrópicas, que permiten deducir, por su actuación farmacoterápica, las relaciones metabólicas que preexistían al proceso morboso psiquiátrico.

Los fosfolípidos o fosfítidos, elementos químicos que integran el bioplasma nervioso, tienen su correlativa representación en la fosfolipidemia; de aquí que se estudie sus variaciones cuantitativas en los procesos morbosos neuróticos y psicóticos, para desentrañar su posible actuación etiopatogénica o sólo su participación como meros testigos de la enfermedad mental.

El meprobamato, indicado fundamentalmente para sedar o anular el síntoma angustia y su cortejo emotivo, produce «anestesia anímico emocional», que experimenté en enfermos con neurosis, en los que el síntoma predominante era la angustia de tipo endógeno; en enfermos con psicosis endógena y angustia, además del correspondiente cuadro clínico morboso, y, finalmente, en enfermos con neurosis y psicosis, en los que no es ostensible el síntoma angustia.

En este trabajo estudio las variaciones cuantitativas de la fosfolipidemia al administrar meprobamato a las distintas clases de enfermos anteriormente indicadas, y lo desarrollo en las siguientes partes: En la primera, hago breve estudio farmacológico del meprobamato en sus principales indicaciones psiquiátricas; en la segunda parte menciono los trabajos peruanos sobre meprobamato; en la tercera, describo la técnica para cuantificar fosfolípidos en la sangre; en la cuarta parte expongo y discuto los resultados obtenidos, y, por último, formulo las conclusiones y menciono la bibliografía consultada.

Agradezco al doctor Carlos A. Bambarén, Catedrático de Farmacología y Posología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Lima, por sugerirme que estudiase el tema y por el comprensivo apoyo que en todo instante me brindó; al doctor Ramiro Castro de la Matta, Jefe del Departamento de Farmacología del Instituto Sanitas, y a la Q. F. Srta. Felicia Maura Tamayo, por las múltiples facilidades para realizar la parte bioquímica; a la Q. F. Srta. Ada Villanueva, de la Hemeroteca de la Facultad de Farmacia, por su constante cooperación en la bibliografía, y a los laboratorios que me proporcionaron la substancia farmacológica, Instituto Sanitas Sociedad Peruana (APACIL) y Laboratorios Wyeth Incorporated (ECUANIL).

El diagnóstico de los enfermos del Hospital «Víctor Larco Herrera», de Lima, estuvo a cargo del doctor Andrés Carrillo Broatch y de sus colaboradores Doris Mestas y Arturo Cáceres, a quienes agradezco, también, la bondadosa acogida que me concedieron.

Meprobamato en psiquiatría

Las drogas tranquilizadoras o ataráxicas, que constituyen gran avance en el tratamiento de las afecciones mentales con trastornos de la emotividad, no han proporcionado evidencia de modificar el contenido ideacional en la psicosis, ni aun en la psiconeurosis, aunque disminuyan el estado de tensión emocional y modifican favorablemente las alteraciones de la conducta.

Los objetivos del tratamiento de las neurosis son hoy más amplios, con el uso de drogas tranquilizadoras, que pueden prevenir el proceso de deteriorización psíquica de los pacientes neuróticos.

El meprobamato relaja la contracción muscular con evidente resultado terapéutico, la tensión psíquica y disminuye los estados de ansiedad, etc.

Ludwig y Piech [23], en 1951, sintetizaron el meprobamato, o sea, el 2 metil-2n-propil-1-3 propano diol dicarbamato, que controla la hiperemotividad, ansiedad, tensión, inquietud, insomnio y temor. Los resultados que se obtuvieron en el campo experimental, indujeron a su uso en clínica.

Según Caravedo y Carvajal [10], de Lima, el meprobamato es bastante eficaz para controlar una serie de síntomas muy molestos que se presentan como primarios o como secundarios, que pueden encontrarse en la angustia. Así, irritabilidad, mal humor, nerviosismo, inquietud psíquica y emotiva, palpitaciones, sensación de falta de aire, intranquilidad, temor indefinido, tensión muscular, etc., disminuyen o se anulan después de administrar meprobamato.

El meprobamato es polvo blanco, cristalino, casi insoluble en el agua (0'7 por ciento), de sabor característico, amargo, casi inodoro, soluble en casi todos los disolventes orgánicos, siendo esta solubilidad proporcional a la temperatura; se disuelve hasta 0'34 por ciento a los 20° C., y hasta 0'79 por ciento a 37° C. Se descompone en sus componentes, al hervir con ácidos y bases, y por hidrólisis, en propanodiol, amoníaco y dióxido de carbono. Su punto de fusión es de 104°-106° C.

No se altera por acción de los jugos gastrointestinales, por lo que puede administrarse por vía oral.

Es de la serie alifática, de fórmula química simple, con acción farmacológica definida. Su escasa toxicidad se debe a su estructura simple; la ausencia de los núcleos cíclicos en la fórmula del meprobamato explicaría la falta de habituación. La rareza de efectos secundarios, puede relacionarse con la falta de cadenas no saturadas, que siempre producen reacciones bioquímicas en la célula nerviosa.

Dubravec [14] dice que a diferencia de la clorpromazina, azacyclonol, benactizina, barbitúricos, etc., que poseen núcleos cíclicos, el meprobamato no los contiene, ni tampoco cadenas no saturadas, como el metilparafinol, etinamato, etc.

Investigaron su acción farmacológica Berger [9], Hendley Lynes [20] y Lemere [24]. El meprobamato posee acción relajadora muscular y tonolítica, parecida a la de la mefenesina, pero mucho más intensa y prolongada; es ocho a diez veces más duradera, afectando sólo a los músculos del esqueleto; tiene acción anticonvulsiva demostrada experimentalmente, siendo capaz de contrarrestar la actuación convulsiva de estricnina y cardiazol, y actúa sobre la conducta, en sentido favorable, tanto sobre el temor, hostilidad y agresividad de los monos.

Los animales a los que se administró meprobamato, refieren Sarró y Obiols [34], pierden agresividad e irritabilidad, convirtiéndose en sumisos y abordables, sin quedar inhibidos, ni aletargados, como ocurre cuando se les administra clorpromazina o reserpina, sino manteniendo tono vital, sin manifestar la más pequeña hostilidad.

Smith [37] y colaboradores dicen que el meprobamato, más que droga tranquilizadora, es relajante muscular, aliviando la tensión y excitación.

Lemere [24] y otros consideran que el meprobamato reduce la tensión neuromuscular, sin afectar, aunque se le administre en grandes dosis, la respiración, pues el diafragma es insensible a esta substancia farmacológica.

El espasmo y el temor producidos experimentalmente por drogas convulsivas, como estricnina, toxina tetánica, neostigmina y otras, se contrarrestan aun con dosis reducidas de meprobamato, llegando incluso a desaparecer.

Arnedo [3] dice que el meprobamato tiene amplio margen de seguridad; por ejemplo, en el gato, una dosis menor de la décima parte de la dosis letal, es suficiente para impedir el efecto mortal de estricnina o de pentametilentetrazol. La acción protectora, anticonvulsiva, supera la eficacia de muchos compuestos barbitúricos, de la mefenesina y de la trimetadiona.

Dubravec [14] afirma que dosis reducidas producen sedación y relajación muscular y que al sobrepasarse las dosis útiles, se observa parálisis temporal en los animales de experimentación. Inyectando a gatos 100 mg. de meprobamato por kilo de peso, por vía intraperitoneal, se provoca parálisis de tres a cuatro horas de duración y luego parexia de veinticuatro horas. La acción del meprobamato es particularmente benéfica, porque al final no produce los desagradables síntomas de los barbitúricos, como son inquietud, excitación, etc. Los animales, incluso después de administrarles dosis paralizante, se quedan tranquilos, echados y sin signo de inquietud.

Spota [38] refiere que se absorbe con facilidad y rapidez en el tracto gastrointestinal, sin causar molestias gástricas, náuseas, vómitos y otros signos de intolerancia, observados con la mefenesina y otras drogas. En ratas que recibieron durante quince meses alimentos que contenían 20 por ciento de meprobamato, sólo se comprobó ligera pérdida de peso, en comparación con las ratas de control.

Berger [9] afirma, basado en el estudio de los trazados eléctricos del hipotálamo, que el meprobamato no afecta el sistema nervioso autónomo; en cambio, los estudios electroencefalográficos del sistema nervioso central, probarían que afecta arcos multineuronales.

Según Herman [19], el meprobamato ejerce acción en la medula espinal, mediante el bloqueo de las interneuronas y en el tálamo; con sincronización de su actividad funcional y con grandes dosis puede afectar el núcleo caudado. No se ha demostrado que afecte el sistema nervioso autónomo.

COLLOMB [12] comprobó disminución del tono neurovegetativo. Como la acción farmacológica del meprobamato es electiva sobre los centros talámicos, regula tanto el estado de conciencia, como la expresión de las emociones. La corteza cerebral y otras estructuras subcorticales son menos afectadas que el tálamo, según los electrocortigramas y electrotalamogramas.

Para LEMERE [24], bloquea los estímulos anormales de los grandes circuitos interneuronales, especialmente los de la corteza cerebral, tálamo e hipotálamo; reduce la tensión de los músculos lisos y de los estriados, dejando inalteradas las funciones autónomas, cardíacas, respiratoria, secreción del jugo gástrico, etc.

BOLZANI [7] sostiene que la acción calmante del meprobamato sobre los pacientes nerviosos se efectúa bloqueando la conducción de los largos circuitos interneuronales, relajando las tensiones musculares que las acompañan.

La influencia sobre el trazado eléctrico talámico se explica, según DICKEL [13] y colaboradores, por quimiotropismo, preferente sobre las células del tálamo.

El meprobamato tiene gran margen de seguridad y se necesitan dosis masivas para producir intoxicación; BERGER [9] observó que se necesitan 800 mg. por kilogramo de peso, administrados por vía intraperitoneal al ratón, para producir la muerte en el 50 por ciento de los animales. Es cuatro a cinco veces menos tóxico que los barbitúricos.

CARAVEDO [11] refiere que los estudios de toxicidad a través de investigaciones hematológicas, de orina, de función renal, hepática, etc., llevadas a cabo en animales de experimentación, revelan que el meprobamato tiene escasa toxicidad, pues los exámenes histopatológicos realizados después de quince meses de ingestión diaria de la droga, encontraron normales las vísceras examinadas.

Respecto a eliminación, el meprobamato, por los ácidos metil-n-propil hidocrílico y metil-n-propil malónico que contiene, se conjuga con el ácido glucorónico, formando compuestos que se excretan veinticuatro horas después de ingerir el medicamento. En la orina de las personas tratadas con esta substancia farmacológica, aumenta el ácido glucorónico, pero las reacciones de Fehling y Nylander no son positivas.

CARAVEDO [11], de Lima, al estudiar las aplicaciones en psiquiatría, afirma que el meprobamato, en pacientes que presentaban como síntoma angustia, hace que desaparezca en forma parcial o total.

SELLING y ORLANDO [35] han comprobado en ciento ochenta y siete pacientes con neurosis de ansiedad, que el meprobamato es eficaz durante varios meses de tratamiento, pero que debe asociarse con psicoterapia.

BORRUS [8] trató a ciento catorce neuróticos, en los que habían fracasado los barbitúricos, obteniendo apreciable porcentaje de buenos resultados.

NATHAN THAL [28] administró meprobamato como medicación previa al electroshock, encontrando no sólo menos angustia, sino recuperación más rápida de conciencia y ausencia de cefalalgias.

SARRÓ y OBIOLS [34] estudiaron el efecto en noventa y un enfermos, en los que predominaba el factor ansiedad, obteniendo magníficos resultados.

FLORIS y RAMBELLI [16], FERRARI [17], TUCKER y WILENSKY [39] comprobaron buenos resultados del meprobamato en neurosis de ansiedad, psiconeurosis depresiva y obsesiva, esquizofrenia, etc.

TRABAJOS PERUANOS SOBRE MEPROBAMATO

El meprobamato comenzó a estudiarse en el Perú en 1956, cuando BALTAZAR CARAVEDO CARRANZA y CARLOS CARBAJAL FAURA [10] publicaron las primeras observaciones clínicas, intitulando su trabajo «Algunas consideraciones sobre la quimioterapia de la angustia. Primeras observaciones sobre su tratamiento con meprobamato».

En el coloquio sobre nuevas drogas en psiquiatría, realizado en Lima entre el 22 y 26 de julio de 1957, CARAVEDO CARRANZA [11] presentó un trabajo titulado «Meprobamato en psiquiatría».

FERNANDO BENAVIDES [5], en 1957, estudió la acción del meprobamato sobre la fosfolipidemia del cobayo, encontrando que a la dosis de 40'5 mg. de meprobamato en suspensión oral, disminuye la fosfolipidemia, a partir de dos horas hasta setenta y dos horas después de haber ingerido la substancia farmacológica, alcanzando su cifra mínima entre cuarenta y ocho y setenta y dos horas; comprobando que la fosfolipidemia entre seis y noventa y seis horas ofrece variaciones inestables, para volver a la cifra inicial a las ciento veinte horas.

MARÍA MATIENZO IRAOLA [25], en 1957, investigó la acción del meprobamato sobre la glucemia, en cincuenta y dos enfermos mentales y diez personas normales, para lo cual administró meprobamato a dosis de 400 mg. El estudio estadístico demostró que no hay diferencia atribuible al meprobamato y otros factores que se escaparon al control en personas normales y epilépticos. Encontró efecto hiperglucemiante transitorio, con respecto a la cifra basal de glucemia, en oligofrénicos, esquizofrénicos tipo paranoide y tipo simple, atribuible al meprobamato. Comprobó que hubo variaciones de glucemia, alcanzando las cifras mayores al tercer día, para volver a la normalidad, en cada sujeto, al octavo día de administrar meprobamato.

ROSA ARANÍBAR NAPANGA [2] estudió la acción del meprobamato sobre potasio y calcio sanguíneos en enfermos mentales, comprobando aumento de kalemia y calcemia al tercer día de administrar 3'600 mg. de meprobamato. Al octavo día de administrar 9'600 mg. de meprobamato, se redujo la concentración, para llegar casi a la cifra inicial. El aumento de kalemia al tercer día fue de 18 por ciento, y al octavo día de 3'2 por ciento en los esquizofrénicos; en los epilépticos fue de 9'9 por ciento al tercer día, y al octavo 1'2 por ciento, y en los oligofrénicos al tercer día fue de 16 por ciento, y al octavo de 3'1 por ciento. El porcentaje de aumento de calcemia en esquizofrénicos al tercer día fue de 6'2 por ciento, y al octavo día 0'7 por ciento; en los epilépticos el aumento fue de 7'4 por cinto al tercer día, y 0'7 por ciento al octavo; en los oligofrénicos fue de 7'2 por ciento al tercer día, y 1'1 por ciento al octavo. Piensa que el aumento de potasio sanguíneo por acción del meprobamato, explicaría la acción sedante de esta substancia farmacológica, y el aumento de calcio su mejor eficacia.

ELISA RAMÍREZ GARCÍA [31] investigó la acción del meprobamato sobre la fosforemia en enfermos mentales, comprobando que esta substancia farmacológica ejerce acción sobre el fósforo inorgánico; haciendo cuantificaciones antes y después de administrar meprobamato, por tres días consecutivos, a la dosis de 1'200 mg., comprobó aumento de fósforo inorgánico en el suero sanguíneo. En veinte enfermos (esquizofrénicos, epilépticos y oligofrénicos) comprobó disminución del fósforo inorgánico, en ocho casos no hubo variación. Estos resultados probarían que el meprobamato actúa sobre la fosforemia, pero que las variaciones son distintas, puesto que en unos casos hubo hiperfosforemia, en otros hipofosforemia y en algunos casos la cifra de fósforo inorgánico se mantuvo inalterable.

En 1958, LUCILA MUÑOZ FLORES [27] estudió la acción del meprobamato sobre la fosfatasemia alcalina en cincuenta pacientes psicóticos, después de administrar 1'200 mg. diarios, durante tres días consecutivos. El análisis matemático-estadístico, antes de administrar el medicamento a veintiún enfermos esquizofrénicos, dio 6'7 U. B. como media, disminuyendo por acción del meprobamato a 4'59; el porcentaje de disminución fue de 24 por ciento. En once pacientes esquizofrénicos tipo paranoide, antes de administrar la substancia farmacológica, encontró una media de 6'49 U. B., disminuyendo por acción de la droga a 4'63 U. B. como cifra media, equivalente a 28'66 por ciento de disminución. En ocho pacientes epilépticos encontró como cifra media 9'24 U. B., para disminuir después a 7'20 U. B. En diez pacientes, de los cuales cinco eran esquizofrénicos tipo simple, encontró antes de administrar meprobamato una media de 3'47 U. B., para aumentar a 4'86 como cifra media, y en cinco enfermos con esquizofrenia tipo paranoide encontró una media de 4'57 U. B., para aumentar a 7'00 como cifra media. Comprobando disminución de fosfatasemia en cuarenta enfermos, en porcentaje de 28'6 por ciento, y aumento de 40'05 por ciento en diez enfermos.

Los trabajos efectuados en el Perú, estudiando la acción terapéutica y farmacológica del meprobamato, prueban que se ha prestado atención a esta substancia farmacológica, tanto desde el punto de vista farmacológico, como farmacodinámico.

TÉCNICA PARA CUANTIFICAR FOSFOLÍPIDOS EN SANGRE

Existen diversos procedimientos para cuantificar en la sangre lípidos fosforados.

Lo básico para determinar fosfolípidos totales, es determinar el fósforo en el extracto lipoídico, que previamente se extrae con solventes apropiados para grasas, como alcohol, acetona, cloroformo, éter.

La solubilidad de los fosfolípidos en distintos solventes, se detalla en seguida:

	ETER	ALCOHOL	ACETONA
Lecitina	Soluble	Soluble	Insoluble
Cefalina	Soluble	Insoluble	Insoluble
Esfingomielina	Insoluble	Sol. en caliente	Insoluble

La extracción de fosfolípidos con alcohol y éter es la más conveniente, aunque deja sin extraer una parte de esfingomielina. Según RONDONI [33] el alcohol de 85 por ciento los disuelve a todos.

La transformación del fósforo orgánico en anión fosfato, se consigue por digestión con mezcla sulfonítrica en partes iguales, según la técnica de BLOOR [6], o por digestión con peróxido de hidrógeno al 30 por ciento y ácido sulfúrico, según la técnica de YOUNBURG [40], o por digestión con ácido perclórico, según la técnica de Zilversmit [41].

La determinación del anión fosfato se efectúa haciéndolo soluble o poco soluble (técnica de Bloor), o bien en forma de complejos solubles, que con reactivos reductores adecuados dan reacción coloreada.

BELL y DOISSY, en 1920, usaron hidroquinona en solución alcalina; BRIGGS, en 1924, obtuvo mayor estabilidad del color en medio ácido. BENEDICT y THEIS, en 1924, intensificaron el color en caliente, lo cual es favorable en caso de que

exista sólo fósforo inorgánico, como ocurre en los filtrados de plasma o suero, pero no con sangre total, ya que sus filtrados pueden presentar ésteres de fosfato, que se hidrolizan en medio ácido y adecuada temperatura.

FISKE y SUBBAROW [18], en 1925, usaron el 1-2-4 aminonaftosulfónico como agente reductor a la temperatura ambiente.

KUTNER y COHEN, en 1930, actualizaron el empleo del cloruro de estaño, usado por DENIGÉS en 1927, y que tiene ventaja sobre el aminonaftosulfónico, porque la solución stock es estable, habiendo hallado SHINOWARA, JONES y REINHART, en 1942, que es posible detectar cuantitativamente el fósforo de 0'06 c. c. de suero. La desventaja del cloruro estañoso es que la intensidad del color cambia continuamente, por lo que el control del tiempo es importante, así como las correcciones a las desviaciones de la ley de Lambert-Beer, que exigen el empleo de factores.

Los fosfolípidos totales en la sangre se expresan en lecitina, para lo cual se multiplica la cantidad de fósforo lipoidico por el factor 25; factor que se obtiene teniendo en cuenta que la lecitina contiene aproximadamente 4 por ciento de fósforo.

BLOOR y la mayor parte de los investigadores utilizan el factor 25; pero MARENZI y CARDINI [26] recalcularon este factor, teniendo como base la composición de los fosfolípidos y la distribución de los mismos en la sangre, adoptando el factor 25'5, que he utilizado en los cálculos.

He seguido la técnica de BLOOR para determinar fosfolípidos, y la de FISKE y SUBBAROW para el fósforo, porque este método ha demostrado ser superior a todos los descritos hasta ahora. El máximo de color se obtiene a los cinco minutos y no es muy sensible a un exceso de reductor; añadiendo sulfito de sodio, como recomiendan algunos autores, se disminuye la interferencia de las substancias oxidantes que pueden existir en el medio.

Fundamento. — Los lípidos se extraen de la sangre, plasma o suero, por el método de BLOOR con alcohol-éter tres por uno. El extracto se evapora y el fósforo se oxida a fosfato, que con el reactivo molíbdico da un complejo fosfomolíbdico que es reducido por el 1-2-4 aminonaftosulfónico, obteniéndose óxidos inferiores de molibdeno de color azul, en proporción cuantitativa.

El cálculo para la transformación de los fosfolípidos se hace teniendo en cuenta que la lecitina contiene aproximadamente 4 por ciento de fósforo.

Los reactivos necesarios son los siguientes:

a) Alcohol-éter 3-1.
b) Acido sulfúrico y ácido nítrico q. p. en partes iguales.
c) Acido nítrico q. p.
d) Solución de sacarosa al 1 por ciento.
e) Solución concentrada de soda.

Acido sulfúrico 10/N

Acido sulfúrico concentrado	79'8 c. c.
Agua destilada	220'2 c. c.

Añadir el agua sobre el ácido lentamente. Para hacer solución exactamente 10/N, se diluye 10 c. c. de esta solución hasta 100 c. c. en un matraz aforado; se mezcla bien y se titula 10 c. c. de esta solución con soda normal.

Reactivo molíbdico

Molibdato de amonio q. p.	25 grs.
Acido sulfúrico 10/N	300 c. c.
Agua destilada c. s. p.	1.000 c. c.

Disolver el molibdato de amonio en 200 c. c. de agua, añadir el ácido sulfúrico 10/N contenido en un matraz de 1.000 c. c. y diluir hasta la marca.

Reactivo reductor

Solución bisulfito de sodio al 15 por ciento	97'5 c. c.
Solución sulfito de sodio anhidro al 20 por ciento	2'5 c. c.
Acido aminonaftosulfónico 1-2-4	250 mg.

Disolver el polvo seco en la solución de bisulfito, añadir el sulfito y agitar hasta disolver; aparece entonces una solución amarillo-rosada.

Si queda turbia, añadir más solución de sulfito de sodio en proporciones de 1 c. c. cada vez; filtrar y guardar en un frasco oscuro.

Este reactivo es de duración precaria, aconsejándose renovarlo cada quince días.

Es necesario evitar que se agregue un exceso de sulfito, porque disminuye la acidez del medio, y el reactivo se conserva tanto mejor cuanto más ácida es la solución.

Acido tricloro-acético al 10 por ciento

Acido tricloro-acético q. p.	10 grs.
Agua destilada c. s. p.	100 c. c.

Antes de usar este reactivo deben efectuarse ensayos en blanco; si éstos dan color azul, contiene fosfato, que se debe eliminar por destilación al vacío.

Solución patrón de fósforo. — Disolver 0'439 grs. de fosfato monopotásico en agua destilada y diluir a un litro; 1 c. c. contiene 0'5 mg. de fósforo. Añadir una pequeña cantidad de cloroformo como conservador.

Solución standard. — Tomar 5 c. c. de la solución anterior en una fiola de 100 c. c. y diluir hasta la marca, con solución de ácido tricloro acético al 10 por ciento.

Cinco centímetros cúbicos de esta solución contiene 0'025 mgr. de fósforo.

Blanco. — Colocar 5 c. c. de ácido tricloro-acético en un tubo de fotocolorímetro, añadir 1 c. c. de reactivo molíbdico y 0'4 c. c. de reactivo reductor. Diluir a 10 c. c. con agua destilada, mezclar bien y dejar en reposo cinco minutos y luego efectuar la apreciación en el fotocolorímetro.

Obtención del factor.—Se toma una serie de tubos en los que se vierte 1, 2, 3, 4, 5 c. c. de solución standard, que contiene, respectivamente, 0'005, 0'010, 0'015, 0'020 y 0'025 mgrs. de fósforo; y luego a cada uno se le adiciona 1 c. c. de reactivo molíbdico y 0'4 c. c. de reactivo reductor; agitar y añadir 10 c. c. de agua destilada c. s. p.; después de cinco minutos de reposo, se aprecia la intensidad de color en el fotocolorímetro de Evelyn, con filtro rojo de 660 milimicrones, previo ajuste

del aparato con el blanco. Las apreciaciones constituyen las trasmisiones; luego, para obtener el factor, se divide la concentración del fósforo de cada tubo, entre las apreciaciones que proporcionan las mismas en el fotocolorímetro.

$$\text{Factor de P} = \frac{5.\ (\text{conc. } \%)}{\text{lect. del st.}}$$

Siguiendo este procedimiento establecí el factor promedio de 0'040.

El «modus operandi» comprende varias etapas.

1. — EXTRACCIÓN DE LÍPIDOS

a) En un matraz de 50 c. c. que tenga una marca de 25 c. c., colocar 20 c. c. de mezcla alcohol-éter 3-1 y agregar 1 c. c. de la muestra (suero sanguíneo en nuestro caso), que se agrega gota a gota y agitando.

b) Se calienta al baño de María hasta que comience a hervir la mezcla etereo-alcohólica.

c) Enfriar a temperatura ambiente, colocando el matraz en agua fría.

d) Ajustar el volumen a 25 c. c. con alcohol-éter y filtrar.

2. — OBTENCIÓN DEL EXTRACTO LIPÍDICO

a) En un tubo pyrex que tenga la marca de 12'5 y 5 c. c., recibir 12'5 del filtrado; evaporar a sequedad en baño de María.

b) Agregar 0'5 c. c. de la mezcla sulfonítrica; calentar suavemente hasta que se desprendan vapores de color castaño; enfriar.

c) Añadir dos gotas de solución de azúcar de caña al 1 por ciento; continuando el calentamiento, la solución se aclara; pero si después de medio minuto persiste el color castaño o amarillo, se agrega unas gotas de ácido nítrico y se continúa la ebullición.

d) Enfriar y agregar seis o siete gotas de solución concentrada de soda, libre de ácido carbónico; enfriar y completar con agua destilada, hasta la marca de 5 c. c.

3. — OBTENCIÓN DEL CROMÓGENO

a) Tratar el extracto lipídico con 1 c. c. del reactivo molíbdico.

b) Agregar 0'4 c. c. de reactivo reductor y completar con agua destilada a 10 c. c.

c) Mezclar bien y dejar en reposo cinco minutos.

d) Medir la trasmisión de la muestra contra un blanco llevado a 100 por ciento de trasmisión.

Calculo

Factor 0'040 por lectura del desconocido = mg. por ciento de fósforo lipoídico. mg. por ciento de fósforo lipoídico por 25'5 = mg. por ciento de fosfolípidos totales.

INVESTIGACIONES EFECTUADAS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La investigación de las variaciones de la fosfolipidemia por acción del meprobamato, se realizó en sesenta enfermos del Hospital «Víctor Larco Herrera», de Lima (Perú), de los cuales a dieciséis psicóticos se administró meprobamato durante tres días consecutivos. A los cuarenta y cuatro restantes, se les clasificó, en ra-

zón al síntoma angustia, en tres grupos: trece psicóticos con neurosis, en los que el síntoma predominante era la angustia; quince pacientes diagnosticados como neurosis y psicosis, en los que no era ostensible el síntoma de angustia, y dieciséis enfermos con psicosis endógena y angustia. A todos se les administró meprobamato durante diez días consecutivos.

Se cuantificó los fosfolípidos totales en el suero sanguíneo antes y después de administrar la substancia farmacológica por vía oral y a dosis de 1'200 mg. diarios, empleando la técnica de BLOOR para la determinación de la fosfolipidemia y la de FISKE y SUBARROW para el fósforo lipídico.

La extracción de sangre se hizo en horas de la mañana, mientras los pacientes se mantenían en ayunas.

Los resultados se estudiaron estadísticamente con el criterio de ALBRITTON [1], según el factor «t» de la diferencia media.

Van a continuación los resultados obtenidos en la investigación:

FOSFOLIPIDEMIA ANTES Y DESPUÉS DE ADMINISTRAR 1'200 mgrs. DIARIOS DE MEPROBAMATO, DURANTE TRES DÍAS, A ENFERMOS MENTALES

Caso	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Fosfolípidos mg. %	
					Inicial	Después
1	D. A.	25	M.	Esquizofrenia paranoide	77'75	68'50
2	G. M.	32	M.	Psicosis maníaco depresiva	78'90	63'20
3	J. A.	35	M.	Epilepsia c. psicosis	80'76	67'07
4	J. B.	48	M.	Esquizofrenia simple	81'25	68'00
5	F. S.	30	M.	Esquizofrenia paranoide	82'50	67'05
6	A. M.	45	M.	Esquizofrenia paranoide	83'66	64'52
7	J. P.	18	M.	Epilepsia	83'66	68,00
8	F. C.	22	M.	Epilepsia	85'50	66'56
9	F. L.	49	M.	Esquizofrenia	86'40	66'30
10	R. S.	50	M.	Esquizofrenia paranoide	87'38	67'25
11	M. P.	28	M.	Esquizofrenia paranoide	87'40	69'30
12	B. B.	33	M.	Epilepsia	87'40	65'45
13	J. B.	40	M.	Psicosis luética	88'68	70'50
14	A. D.	29	M.	Esquizofrenia paranoide	90'30	70'25
15	W. D.	36	M.	Esquizofrenia simple	91'20	70'05
16	L. L.	42	M.	Esquizofrenia simple	91'30	70'20

El análisis matemático-estadístico de los resultados, proporcionó los siguientes datos:

N.º de casos: 16	Media ± E. st.	Desv. St. ± E. st.	Coef. v.	Cifras extrem.
Fosfolip. inicial mg. %	85'25 ± 1'07	4'15 ± 0'75	4'9 %	77'75-91'30
Fosfolip. después mg. % tres días meprob.	67'64 ± 0'52	1'99 ± 0'36	2'9 %	63'20-70'50
Diferencia estadística de las cifras medias de fosfolipidemia antes y después de administrar meprobamato	Difer. media ± E. st.	t_{30}	p	% disminuc.
	17'61 ± 1'18	10'69	>0'001	20'65

FOSFOLIPIDEMIA ANTES Y DESPUÉS DE ADMINISTRAR 1'200 mgrs. DIARIOS DE MEPROBAMATO, DURANTE DIEZ DÍAS, EN ENFERMOS CON PSICOSIS ENDÓGENA Y ANGUSTIA

Caso	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Resultado clínico	Fosfolípidos mg. %	
						Inicial	Después
1	R. L.	40	M.	Esquizofrenia	Sin modif.	75'50	74'36
2	A. O.	33	M.	Esq. paranoide	» »	77'75	86'14
3	S. Ch.	52	M.	Esq. paranoide	» »	77'75	75'50
4	F. T.	24	M.	Esq. paranoide	» »	78'90	83'66
5	B. V.	69	M.	Esq. paranoide	» »	79'47	78'90
6	J. C.	26	M.	Esquizofrenia	» »	80'76	78'90
7	M. G.	27	M.	Esq. paranoide	» »	81'25	79'47
8	E. P.	58	M.	Esq. paranoide	» »	81'25	77'75
9	E. N.	32	M.	Esq. paranoide	» »	81'25	77'75
10	E. A.	29	M.	Esq. paranoide	» »	85'50	78'38
11	F. N.	35	M	Esq. paranoide	» »	85'50	80'06
12	A. S.	63	M.	Esq. simple	» »	87'38	83'66
13	M. B.	51	M.	Esq. paranoide	» »	88'68	82'45
14	A. B.	38	F.	Esq. paranoide	» »	93'97	87'40
15	A. A.	35	M.	Esq. paranoide	» »	91'20	84'90
16	V. C.	45	M.	Esq. paranoide	» »	101'04	91'30

El análisis matemático-estadístico de los resultados, proporcionó los siguientes coeficientes:

N.º de casos: 16	Media ± E. st.	Desv. St. ± E. st.	Coef. v.	Cifras extrem.
Forfolip. inicial mg. %	84'20 ± 1'08	4'20 ± 1'05	4'9 %	75'50-101'04
Fosfolip. después mg. % diez días meprobam.	81'29 ± 1'24	4'80 ± 1'20	5'9 %	74'36-91'30
Diferencia estadística de las cifras medias de fosfolipidemia antes y después de administrar meprobamato	Dif. Media ± E. st.	t_{30}	p	% disminuc.
	2'91 ± 1'64	1'70	>0'10	3'45

FOSFOLIPIDEMIA ANTES Y DESPUÉS DE ADMINISTRAR 1'200 mgrs. DIARIOS DE MEPROBAMATO, DURANTE DIEZ DÍAS, EN ENFERMOS CON NEUROSIS, EN LOS QUE PREDOMINA EL SÍNTOMA ANGUSTIA

Caso	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Resultado clínico	Fosfolípidos mg. %	
						Inicial	Después
1	J. B.	35	M.	Esq. paranoide c. angustia	S. M.	75'50	78'90
2	J. H.	40	F.	Hipocondría c. angustia	M. F.	80'06	77'75
3	C. L.	37	M	Esq. paranoide c. angustia	S. M.	80'76	92'61
4	M. J.	46	F.	Esq. paranoide c. angustia	S. M.	81'25	77'75
5	R. M.	38	F.	Depresión exógena	L. M. F.	81'25	80'06
6	A. V.	29	M.	Personalidad anormal asténica con angustia	L. M. F.	81'25	77'75
7	E. B.	33	F.	Personalidad anormal asténica con angustia	L. M. F.	82'45	84'90
8	A. V.	25	M.	Esquizofrenia paranoide	L. M. F.	82'45	78'90
9	A. H.	18	F.	Esquizofrenia paranoide	S. M.	82'45	81'25
10	A. P.	30	M.	Esquizofrenia paranoide	L. M. F.	83'66	77'75
11	R. C.	32	F	Personalidad anormal asténica con angustia	R.	86'14	91'30
12	R. G.	36	M.	Esq. paranoide c. angustia	E.	89'98	81'25
13	A. C.	25	M.	Neurosis obsesiva con ang.	L. M. F.	115'25	93'96

NOTA. — L. M. F.: leve modificación favorable.
S. M.: sin modificación.
E.: empeorado.
R.: remisión.

El análisis matemático-estadístico de los resultados, proporcionó los siguientes coeficientes:

N.º de casos: 13	Media ± E. st.	Desv. St. ± E. st.	Coef. v.	Cifras extrem.
Fosfolip. inicial mg. %	84'80 ± 2'87	9'94 ± 2'76	11 %	75'50-115-25
Fosfolip. después mg. % diez días meprob.	82'63 ± 4'23	14'66 ± 2'99	17 %	77'75-93'96
Diferencia estadística de las cifras medias de fosfolipidemia antes y después de administrar meprobamato	Difer. Media ± E. st.	t 24	p	% disminuc.
	2'47 ± 2'16	1'14	> 0'20	2'91

FOSFOLIPIDEMIA ANTES Y DESPUÉS DE ADMINISTRAR 1'200 mgrs. DIARIOS DE MEPROBAMATO, DURANTE DIEZ DÍAS, EN ENFERMOS CON NEUROSIS Y PSICOSIS, EN LOS QUE NO ES OSTENSIBLE EL SÍNTOMA ANGUSTIA

Caso	Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Resultado clínico	Fosfolípidos mg. %	
						Inicial	Después
1	Y. C.	20	F.	Neurosis obs. con esq.	S. M.	78'90	91'30
2	J. C.	33	F.	Esq. hebefreno-catatón.	S. M.	80'06	77'75
3	A. B.	31	M.	Oligof. con psic. tóxica	S. M.	80'06	78'90
4	A. M.	50	M.	Epilepsia jacksoniana	L. M. F.	80'06	78'38
5	A. A.	67	M.	Epilepsia con distimia	E.	81'25	77'75
6	A. B.	22	M.	Epilepsia con distimia	L. M. F.	81'25	79'47
7	J. I.	43	M.	Epilepsia con psicosis	L. M. F.	81'25	79'47
8	J. C.	48	M.	Psicosis maníaco-depres.	L. M. F.	82'45	103'52
9	G. G.	32	F.	Personalidad anormal asténica epileptoide	S. M.	83'66	80'06
10	J. G.	44	M.	Epilepsia con distimia	L. M. F.	87'40	80'06
11	A. N.	16	M.	Caracterosis	M. F.	88'69	81'25
12	A. C.	43	M.	Psicosis maníaco-depres.	L. M. F.	91'30	91'35
13	D. S.	22	M.	Personalidad anormal maniático con patonimia	S. M.	93'96	90'65
14	R. O.	43	F.	Timopatía distímica cíclica	S. M.	99'58	84'90
15	R. C.	22	F.	Personalidad anormal asténica hipocondríaca	S. M.	108'65	81'25

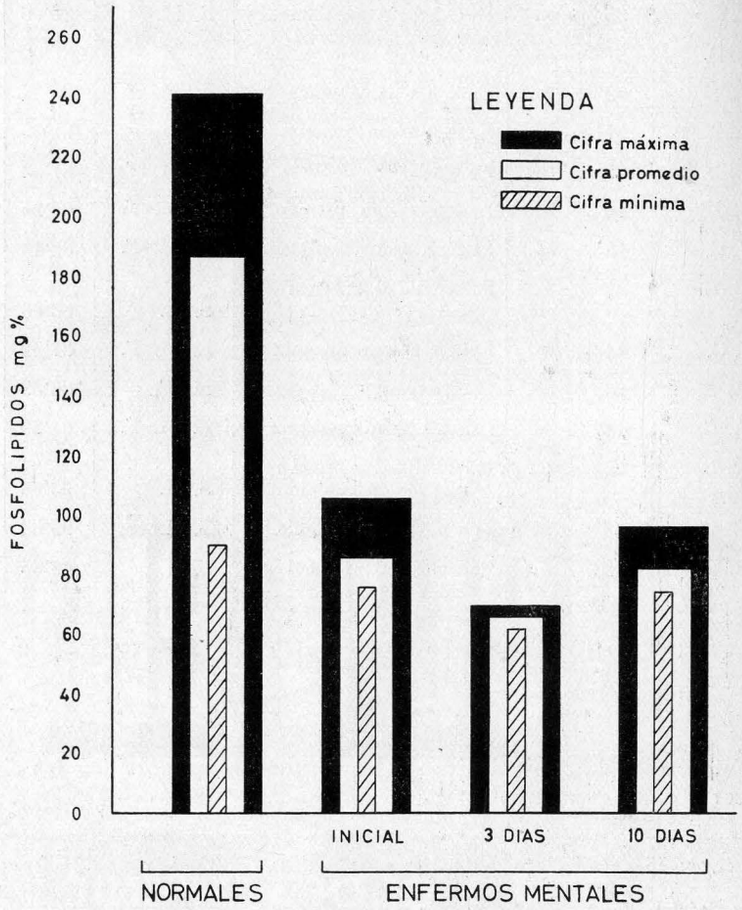
NOTA. — L. M. F.: leve modificación favorable.
S. M.: sin modificación.
E.: empeorado.

El análisis matemático-estadístico de los resultados, proporcionó los siguientes coeficientes:

N.º de casos: 15	Media ± E. st.	Desv. St. ± E. st.	Coef. v.	Cifras extrem.
Fosfolp. inicial mg. %	86'57 ± 0'60	2'24 ± 0'58	2'5 %	78'90-108'65
Fosfolip. después mg. % diez días meprobam.	84'00 ± 1'98	7'41 ± 1'91	2'2 %	77'75-103'52
Diferencia estadística de las cifras medias de fosfolipidemia antes y después de administrar meprobamato	Difer. Media ± E. st.	t 28	p	% disminuc.
	2'56 ± 2'64	0'97	> 0'40	2'95

Los resultados obtenidos investigando las variaciones cuantitativas de la fosfolipidemia en sesenta enfermos mentales por acción del meprobamato, dan lugar a interesantes comentarios interpretativos.

HISTÓGRAMA DE LAS CIFRAS MEDIAS Y EXTREMAS DE FOSFOLIPIDEMIA INICIAL Y DESPUÉS DE ADMINISTRAR MEPROBAMATO A 60 ENFERMOS MENTALES

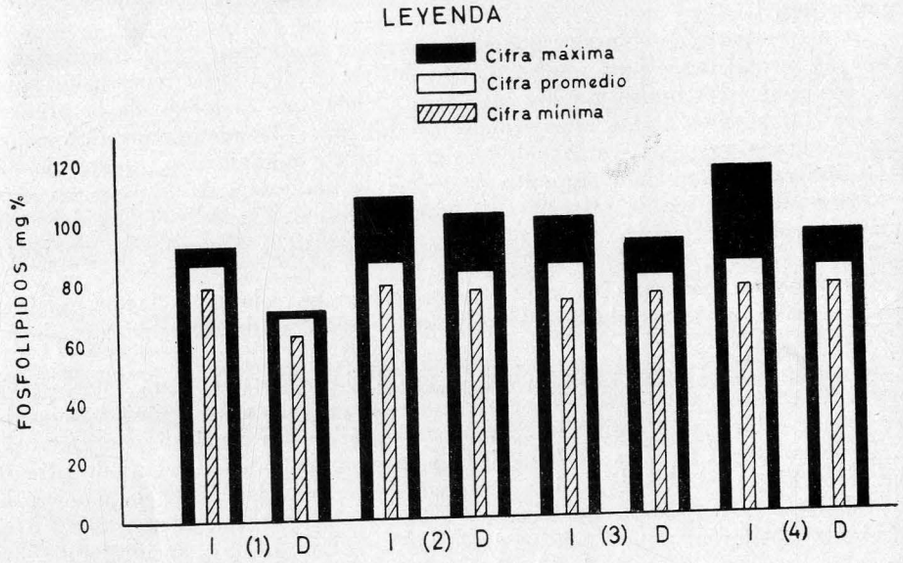


En dieciséis psicóticos, cuyas edades fluctuaban de 22 a 50 años, se hicieron cuantificaciones antes y después de administrar meprobamato por tres días consecutivos a la dosis de 1'200 mg., comprobándose que la diferencia de la fosfolipidemia inicial y al tercer día son de gran significado estadístico, por tener una probabilidad de azar menor de 1 por mil.

En trece psicóticos con neurosis, en los que el síntoma predominante era la angustia de tipo endógeno, y cuyas edades fluctuaban de 18 a 46 años, la angustia remitió, en la mayoría, entre el cuarto y quinto día de administrarles meprobamato; empero, los estudios estadísticos demostraron que no hay diferencias atribuibles a la substancia farmacológica en la variación cuantitativa de la fosfolipidemia, siendo las diferencias encontradas en estos últimos atribuibles al azar.

En dieciséis enfermos con psicosis endógena y angustia, no se apreción modificación de este síntoma; pero las diferencias de fosfolipidemia inicial y al décimo día de la administración de la substancia farmacológica dieron un valor para t = 1'70, que estadísticamente no es significativa por tener una probabilidad de azar mayor del 10 por ciento.

HISTÓGRAMA DE LAS CIFRAS MEDIAS Y EXTREMAS DE FOSFOLIPIDEMIA INICIAL Y DESPUÉS DE ADMINISTRAR MEPROBAMATO EN DIFERENTES TIPOS DE ENFERMOS MENTALES



(1) Enfermos mentales con 3'600 grs. de meprobamato.
(2) Enfermos con neurosis y psicosis, en los que no es ostensible la angustia, tratados con 12'000 grs. de meprobamato.
(3) Enfermos con psicosis endógena y angustia tratados con 12'000 grs. de meprobamato.
(4) Enfermos con neurosis, en los que no predomina la angustia, tratados con 12'000 grs. de meprobamato.

En quince pacientes diagnosticados como neurosis y psicosis, en los que no era ostensible el síntoma angustia, las diferencias obtenidas de fosfolipidemia, no son significativas estadísticamente, pues tienen valor de t = 0'97, con probabilidades de azar muy superiores a la cifra límite máxima de 5 por ciento.

Por las comprobaciones referidas, el meprobamato tiene efecto hipofosfolipidémico al tercer día de su administración, para luego alcanzar la concentración inicial; de ahí que en los casos que se administró la substancia farmacológica durante diez días, la fosfolipidemia se mantuvo en sus cifras iniciales a pesar de recibir los enfermos mayor cantidad de meprobamato. Las variaciones cuantitativas de fosfolipidemia por acción del meprobamato, se deben a que influye sobre la homeostasis.

Es interesante haber encontrado en la totalidad de enfermos mentales estudiados hipofosfolipidemia inicial. La cifra media de 85'20 mg. por ciento, se compara con la que obtuvo, en el Perú, SARA POW SANG [30], de 186 mg. por ciento; por ARTOM [4], de 152 mg. por ciento; IZZO y MARENZI [21], de 165 mg. por ciento; ERICKSON [15] y colaboradores, de 226 mg. por ciento, y MARENZI y CARDINI [26], de 206 mg. por ciento, es inferior a la que se encuentra en sujetos aparentemente sanos.

La comparación entre fosfolipidemia de personas aparentemente sanas y enfermos mentales, es de significado estadístico, por tener probabilidad de azar menor a 1 por mil.

La fosfolipidemia de enfermos mentales depende, indudablemente, de varios factores, como tiempo de enfermedad, tratamiento a que han estado sometidos, estado nutritivo, alimentación, procesos morbosos intercurrentes, etc.; ella es la que experimentará la acción farmacológica del meprobamato, que influye sobre la homeostasis.

La mayor parte de enfermos que sirvieron para la experimentación padecían el trastorno mental desde hace mucho tiempo, lo que explicaría su repercusión sobre los fosfolípidos cerebrales y sobre la fosfolipidemia, que es reflejo de la primera.

Los tratamientos a que estuvieron sometidos antes de administrárseles meprobamato fueron variados, como: electroshock, insulinoterapia, etc.; todos de evidente influencia sobre la bioquímica de la célula nerviosa.

El estado nutritivo de los enfermos, por lo general, era deficiente y debe vinculársele con el deterioro que produce la enfermedad y alimentación no balanceada que reciben.

Los procesos morbosos intercurrentes que pudiesen padecer, es factor que, desgraciadamente, no se escudriñó debidamente, por carecer de conocimientos de patología médica.

La acción del meprobamato sobre la fosfolipidemia exige, para interpretarla adecuadamente, el estudio de factores homeostáticos y farmacodinámicos, que deben circunscribirse sólo a algunos, para que el análisis sea acucioso y satisfactorio.

La constitución química de la molécula de meprobamato, es factor de primordial importancia en el análisis interpretativo de su actividad farmacodinámica. El meprobamato tiene estructura alifática, sin núcleos cíclicos, que tienen mayor actividad farmacológica, y sin cadenas laterales no saturadas. La acción relajadora muscular hace que posea reducida acción sobre los fosfolípidos, aunque por su fijación en el hipotálamo influye sobre el tono emocional.

Su acción sobre la homeostasis deriva de su tropismo hipotalámico, ya que esta estructura del mesocéfalo reacciona ante el «stress» que produce la enfermedad, y su acción repercute sobre los constituyentes químicos de la sangre.

CONCLUSIONES

1. — Se investigó, por primera vez en el Perú, la acción del meprobamato sobre la fosfolipidemia de sesenta enfermos mentales.

2. — La fosfolipidemia se determinó por medio de la técnica de BLOOR y el fósforo lipídico, por la de FISKE y SUBARROW, utilizando fotocolorímetro de EVELYN.

3. — Se comprobó que existe hipofosfolipidemia en los enfermos mentales antes de administrar meprobamato, si se comparan las cifras encontradas con las que se acepta como media en personas aparentemente sanas.

4. — Se encontró que el meprobamato tiene efectos hipofosfolipidémico transitorio. Al tercer día de administrarse, disminuyen los fosfolípidos sanguíneos, para recuperar su concentración inicial al décimo día.

5. — Se comprobó que las variaciones cuantitativas de la fosfolipidemia no tienen relación con el síntoma angustia.

6. — El análisis matemático-estadístico de las cifras de fosfolipidemia antes de administrar meprobamato a psicóticos con tres días de tratamiento, dio 85'25 $\pm$ 0'52, con valor significativo equivalente en porcentaje a 20'68 por ciento.

7. — En enfermos con neurosis y con predominio del síntoma angustia, se obtuvo como cifra media inicial 84'80 $\pm$ 2'87; al décimo día, por acción del meprobamato, disminuyó a 82'63 $\pm$ 4'23, equivalente a 2'91 por ciento.

8. — En enfermos con psicosis endógena y angustia, se encontró como cifra media inicial 84'20 $\pm$ 1'08, para disminuir a 81'29 $\pm$ 1'24, equivalente a 3'45 por ciento.

9. — En enfermos con neurosis y psicosis, en los que no era ostensible el síntoma angustia, la cifra inicial media fue 86'57 $\pm$ 0'60; al décimo día de administrar meprobamato, la cifra media alcanzó 84'00 $\pm$ 1'98, con una media de disminución de 2'57, equivalente a 2'95 por ciento.

RESUMEN

Se estudian en el presente trabajo las variaciones cuantitativas de la fosfolipidemia al administrar meprobamato a enfermos con neurosis cuyo síntoma predominante era la angustia de tipo endógeno; a otros, con psicosis endógenas y cuadros morbosos diversos; y a un tercer grupo, con neurosis y psicosis, en los que no aparecía el síntoma angustia.

En una primera parte del trabajo, realiza un breve estudio farmacológico del meprobamato en sus principales indicaciones psiquiátricas, aportando después la contribución de autores peruanos sobre este fármaco. Describe a continuación la técnica para cuantificar fosfolípidos en la sangre, y analiza los resultados obtenidos, sometiéndolos a discusión crítica. Se encuentra que el meprobamato tiene efectos hipofosfolipidémicos transitorios, disminuyendo los fosfolípidos sanguíneos desde el tercer día de administración, para recuperar su concentración inicial al décimo día, comprobándose que estas variaciones cuantitativas tienen relación con el síntoma angustia. Finalmente, formula las conclusiones y aporta la bibliografía consultada.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBRITTON, E. C. — «Experiment design and Judgment of Evidence.» Michigan, 1956.
2. ARANIBAR, ROSA. — «Acción del meprobamato sobre potasio y calcio en enfermos mentales.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1957.
3. ARNEDO, A. G. — «Meprobamatos en la preanestesia.» *La Semana Médica.* 111: 346. Buenos Aires, 1957.
4. ARTOM, C. — «Cephalins, Choline containing phospholipids and total phospholipids in normal human plasma.» *Journal Biological Chemistry.* 175: 871. Baltimore, 1948.
5. BENAVIDES, FERNANDO. — «Acción del meprobamato sobre la fosfolipidemia del conejo.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1957.
6. BLOOR, W. R. — «The oxidative determination of phospholipid in blood and tissues.» *Journal Biological Chemistry.* 82: 273. Baltimore, 1929.
7. BOLZANI, L. — «L'impiego del meprobamato in clinica psichiatrica.» *Gazzeta Médica Italiana.* 116: 312. Torino, 1957.
8. BORRUS, J. C. — «Study of effect of Miltown (2-methyl-2-n propyl 1'3 propanediol dicarbamate) on psychiatric states.» *Journal Amer. Med. Assoc.* 157: 1.596. Chicago, 1955.
9. BERGER, F. M. — «The pharmacological properties of 2-methyl-2-n-propyl 1'3 propanediol dicarbamate. New Interneuronal Blocking Agent.» *Journal Pharmacol. Exp. Therap.* 112: 413. Baltimore, 1954.
10. CARAVEDO CARRANZA, B., y CARBAJAL FAURA. — «Algunas consideraciones sobre la quimioterapia de la angustia. Primeras observaciones sobre su tratamiento con meprobamato.» *Rev. San. de Policía.* 16: 93. Lima, 1956.
11. CARAVEDO CARRANZA, B. — «El meprobamato en psiquiatría. Coloquio sobre las nuevas drogas en psiquiatría.» *Rev. de Neuro-Psiquiatría.* 20: 393. Lima, 1957.
12. COLLOMB, H.; MILETTO, G., et CHAUPIN, M. — «Le meprobamate dans le traitement des psichoses et des nervoses.» *Rev. des praticiens.* 2: 1.200. París, 1956.

13. DICKEL; HERMAN, A.; DIXON, H.; WOOD, J., and SHAKLIN, J. — «Estudios electromiográficos de pacientes tratados con meprobamato.» *Wester Journal Surgery, Obstetrics and Gynec.*» 64: 197. Chicago, 1956.
14. DUBRAVEC, IGOR. — «El meprobamato en la investigación y clínica psiquiátrica.» *Medicina.* 25: 153. Madrid, 1957.
15. ERICKSON, B. M.; AVRIN, I.; TEAGUE, D. M., and WILLIANS, H. H. — «Micromethods for the determination of sphingomielin and choline. Aplication of phospholipid in blood and tissues.» *Journal Biological Chemistry.* 129: 709. Baltimore, 1939.
16. FLORIS, V., e RAMBELLI, L. — «L'impiego del meprobamato in psychiatria.» *Minerva Médica.* 47: 1.455. Torino, 1956.
18. FISKE, C. H., and SUBARROW, Y. — «The colorimetric determination of phosphorus.» *Journal Biological Chemistry.* 66: 375. Baltimore, 1925.
19. HERMAN, I. F. — «Meprobamate in treatment of rheumatic disease Asociación Médica Norteamericana.» Chicago, 1956.
maneidiol dicarbamate on central nervous system.» *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.* 87: 608.
20. HENDLEY, C. D.; LYNES, T. E. and BERGER, F. M. — «Effect of 2 methyl-2-n-propyl -1'3 pro- New York, 1955.
21. IZZO, R. A., y MARENZ, A. D. — «Estudio sobre la lipemia. Los lípidos del plasma de personas normales y tuberculosas.» *Pub. del Centro de Investigaciones Tisiológicas.* 8: 163. Buenos Aires, 1944.
22. KUTTNER, T., and COHEN, D. — «Micro-colorimetric studies. II Stimation of phosphorus: molibdic acid stannous cloride reagent.» *Journal Biological Chemistry.* 86: 671. Baltimore, 1930.
23. LUDWIG, B. J., and PIECH, E. C. — «Some anticonvulsant agents derived from 1'3 propanediols.» *Journal Am. Chem. Soc.* 73: 5, 779. Baltimore, 1951.
24. LEMERE, F. — «New tranquilizing drugs.» *Archiv. Neurol. Psiquiat.* 54: 1.100. Seattle, 1955.
25. METIENZO, MARÍA. — «Acción del meprobamato sobre la glucemia en enfermos mentales.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1957.
26. MARENZI, A. D., y CARDINI, C. E. — «Sobre la determinación de los fosfolípidos en la sangre.» *Rev. Soc. Argent. de Biología.* 18: 275. Buenos Aires, 1942.
27. MUÑOZ, LUCILA. — «Acción del meprobamato sobre la fosfatasemia alcalina en enfermos mentales.» *Arch. Neurol. Psiquiat.* 9: 5. Habana, 1959.
28. NATHAN THAL. — «Premedication for Electroshock Treatment.» *Diseases of nervous system.* 17: 52. Chicago, 1956.
29. PAIVA, C. C. — «Bioquímica aplicada.» 66. Lima, 1958.
30. POW SANG, S. — «Fosfolipidemia en sujetos aparentemente sanos.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1955.
31. RAMÍREZ, ELISA. — «Acción del meprobamato sobre la fosforemia en enfermos mentales.» Tesis de Bachiller en Farmacia. Lima, 1957.
32. RAVINA, A. — «Une nouvelle medication de l'anxieté et des psysochoses.» *Presse Medicale.* 61: 1.233. París, 1957.
33. RONDONI, P. — «Compendio de bioquímica con aplicación a la patología y al diagnóstico.» Buenos Aires, 1939.
34. SARRO, R., y OBBIOLS, J. — «Acción del meprobamato sobre la ansiedad.» *Rev. de Medicina Clínica.* 2: 70. Barcelona, 1957.
35. SELLING, L., and ORLANDO, P. — «Clinical study of a new tranquilizan drugs.» *Journal Amer. Med. Assoc.* 30: 1.596. Chicago, 1955.
36. SCARINCI, V. — «Azione farmacologiche del 2 metil, 2 n propil 1'3 propandiolo dicarbamate.» *Bolletino de la Societá Italiana di Biologia Sperimentale.* 33: 1.165. Napoli, 1957.
37. SMITH y colaboradores. — «The treatment of some acute rheumatic disorders.» *Journal Americ. Med. Asoc.* 163: 535. Chicago, 1957.
38. SPOTA, B. B. — «Un nuevo agente contra los estados de ansiedad.» *La Semana Médica.* 110: 237. Buenos Aires, 1957.
39. TUCKER, K., and WILENSKY, H. — «A Clinical Evaluation of Meprobamate. Therapy in a cronic schizophrenic population.» *American Journal Psichiatry.* 113: 698. Washington, D. C., 1956.
40. YOUNGBURG, G. E. — «Phosphorus metabolism. I a system of blood phosphorus analysis.» *Journal Laborat. Cli. Med.* 16: 158. St. Louis, 1930.
41. ZILVERSMIT, D. B., and DAVIS, A. K. — «Microdetermination of plasma phospholipids by tricloroacetic acid precipitation.» *Jour. Labor. Clin. Medic.* 35: 155. St. Louis, 1950.

Dirección: Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia de Lima (Perú).

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960

DISCROMATOPSIA

POR EL

DR. LUIS SÁNCHEZ LACUNZA

ZARAGOZA

Soy un daltónico, doctor; he fracasado en todas las pruebas diferenciadoras de los diversos colores; según me dicen padezco ceguera para el color rojo y el verde. Solicito su dictamen, a la vez que alguna información sobre mi caso especial.

Nada de especial; un 3 ó 4 por ciento de hombres padecen de daltonismo total o parcial.

Le ruego me escuche con benevolencia; luego me hablará; antes quisiera referirle mi pequeña historia clínica para que después, como consultor, me exponga su doctrina. Hasta la edad de 14 a 15 años no me di cuenta clara de mi defecto; fue con motivo de asistir a una clase de pintura y colorido en un centro oficial, donde tuve ocasión de copiar de un grabado un paisaje andaluz; como buen dibujante, todo fue bien hasta llegar a la aplicación del color en un frondoso árbol, cuya hojarasca pinté roja como la cosa más natural del mundo. Al llegar el profesor para su corrección fue apercibido de que en lugar del color verde y fresco usé el color rojo con los matices adecuados; pinté lo que no era verdad real, sino otro color diferente; en lugar de unas hojas verdes puse unas hojas rojas; en aquel momento sufrí una decepción profunda porque el profesor, como tal, acusó mi error. Sin duda éste pensaría que era producto de un capricho o una humorada mía y no pasó adelante la cosa, porque en trabajos sucesivos me asesoraba de mis amigos con antelación. Seguí mis prácticas no sin antes fijarme más en las etiquetas de los tubos de óleo que en sus colores. Esto no podía seguir adelante; mi defecto era grave, irremediable, del cual no me vería libre jamás. Hube de dimitir como pintor. Por aquel tiempo, durante unas vacaciones estivales, fui a un almacén de tejidos de un pariente para ayudarles en lo que pudiera; me encontraba en el mismo caso anterior; no había modo de acertar con los colores de las piezas de tela que me pedían; pasaron dos meses y me reintegré a los estudios no sin antes de reflexionar sobre mi caso raro, dado que a mi alrededor nadie dudaba de ningún color; ¿qué hacer si veía ante mí un horizonte de actividad reducido a la mitad?; me veía minimizado, un semiser, que no veía el mundo sino en su mitad, cuando vivía en una época en que la sistemática del color ocupa y llena toda la vida actual. No tenía otra alternativa que dejar un camino y comenzar otro. Dejé la pintura para solaz de amigos y juego casero, y opté por la escultura, que es un problema de planos y volúmenes, como campo más seguro

y menos expuesto a ser descubierto el defecto. Ahora le digo, que después de los años un daltónico pasa desapercibido en casi todos los casos, salvo en esos que por su profesión no tenga necesidad de su normal percepción para trabajar en profesiones que tengan su base en los colores. Ahora paso a otra cuestión, para usted, doctor, muy interesante; creerá que por ser daltónico del color rojo y verde no participo del espectáculo de una montaña verde, o de un prado, o de esos jardines que adornan nuestros parques; pues sí, señor, no se vaya a pensar que nosotros, los discromatópsicos, no percibimos tonos coloreados; precisamente por ser tales padecemos una disfunción que consiste en una alteración, que sólo afecta al color fundamental en sus diversos tonos y matices; yo veo en todos los casos un cierto color que no lo puedo encajar en el prisma que lo encajan todos y por ello se advierte el error, asegurando que percibo siempre cierta cosa coloreada, por lo que nosotros, los daltónicos, vemos un mundo lleno de colores y tonos, con sus matices respectivos, que no obedecerán a los cánones normales, pero que son percepciones coloreadas en todos los objetos. No haga usted ningún caso de los que niegan a los daltónicos visión de los colores, o que ven cosas grises o de otro género; nada de eso, no somos acramatópsicos, sino discromatópsicos; la diferencia es notable. El viajar me encanta, y el cine en color me maravilla. Quizá usted se quede perplejo ante lo que acabo de decir; quisiera dar algún detalle más sobre este tema. Si de momento pensara usted que yo tenía mi canon o prisma visual propio y que tomándolo como base lo adaptara al oficial de las visiones normales, el asunto lo tenía resuelto; imposible, mi canon es un canon que tiene el grave defecto de depender, quizá, de una variable, el grado de luminosidad, cuando debiera obedecer no a la intensidad lumínica, sino al estímulo color o pigmento, cualquiera que fuera su intensidad lumínica y naturaleza.

He mirado atentamente esas láminas donde se proyectan los colores del espectro solar, me he dado cuenta de que el color verde, situado entre el amarillo y el azul, que los percibo muy distintos, me resulta un tanto confuso, un color poco definido y algo velado, desvaído; un cierto color, sí, más acusado en sus límites amarillos y azules, pero en su centro poco impresionante, como producto de mezcla con los citados. Si miro el color rojo en la misma lámina espectral, me ocurre lo propio; si lo comparo con el verde, me resulta difícil hacer la distinción adecuada entre ambos, que casi los veo de igual tono cromático y con las mismas características del color verde; por sus límites, el externo, el ultrarrojo, no lo veo como todos, pero a medida que mi vista se centra sobre el color rojo, lo veo apagado, poco hiriente o chillón al decir de las gentes; a medida que paso al naranja, veo que me ocurre igual que con el verde, comienzo a ver el amarillo, que es el que domina la mezcla con clara distinción, resultando que esos estados intermedios entre el rojo con el amarillo y el verde con el amarillo, esos colores combinados no hay manera de identificarlos, ocasionando continuas confusiones visuales. No es que el rojo y el verde los vea grises o de otra tonalidad entre blanco y negro, sino que ambos, como color, me parecen velados y producto de mezcla, no captando su pureza natural, su distinta naturaleza según los ojos normales. Le diré que no distingo, en rigor, una fruta verdosa de la misma fruta sazonada. En resumen, las mezclas amarillo y rojo y las amarillo verde, las confundo, no sabiendo si lo que se combina con el color amarillo pertenece a la serie roja o a la serie verde. En las otras mezclas del rojo y verde con añil o violeta no distingo sino aquello azul que domina la mezcla, la cual percibo sin la distinción necesaria entre el añil o el violeta; resultando, en definitiva, una indiscriminación cromática, causa de continuos errores visuales. No es que carezca de la

percepción de la luminosidad o claroscuro de los colores, lo cual es una ventaja, porque gracias a ella, dado un color compuesto, si me dicen a qué serie pertenece, consigo darle el mismo valor lumínico a lo que copio. Sea lo que fuera, yo veo colores, pero no veo el color natural u oficial, lo que me permite percibir un universo coloreado a mi manera. Esta contradicción funcional me ha traído a su consulta para que me informe, según su leal saber y entender, para que me diga qué debo hacer y qué debo esperar.

Nada que le obligue a una discriminación sobre colores; nada que suponga una responsabilidad profesional derivada de la función cromática; cuando por leyes de herencia se carece de un funcionalismo normal, no existe otro camino que alejarse del ejercicio que con ello se relaciona; todavía la ciencia no ha puesto a nuestro alcance, para su corrección, los medios necesarios. Y ahora quisiera concretar sobre su caso específico, cuya afección es un tanto generalizada, y que a estas alturas exige la máxima atención, tanto por los especialistas como por los pedagogos, por las consecuencias prácticas para el porvenir de las personas. No sabemos de alguna entidad que se dedique a estudiar esta cuestión, su labor la concibo formando un equipo entre fisiólogos, oculistas y pedagogos, cuyas conclusiones serían altamente provechosas; por mi parte, la deseo antes hoy que mañana.

Y ahora pasemos a su caso particular, que requiere un estudio detenido y muy interesante por venir de su propia observación personal. Si no he entendido mal, su percepción del color existe, pero no es absolutamente normal en el sentido de no percibir ningún estímulo coloreado de la serie verde y roja. Asimismo dice que el amarillo, el azul y el violeta los distingue a la perfección en su pureza espectral, cromática, y que si estos colores, de clara percepción para usted, se mezclan entre sí con distintos grados lumínicos de rojo y verde, sufre la confusión, no sabiendo si el color resultante pertenece a una u otra serie, o a la serie añil o violeta; por eso usted, al ver un muestrario de tintorero, le es imposible contestar adecuadamente; si esto es así, que usted percibe colores, y que no los discrimina normalmente, y que percibe su grado de luminosidad de modo normal, ésto da a entender que su aparato dióptrico funciona correctamente, y no así el sistema retiniano, en particular, o sus vías de transmisión, cosa, esto último, que no lo sabemos de modo cierto. Hagamos algunas consideraciones previas que presumo lógicas y racionales. Nadie podrá objetarme el que el cristalino y el humor vítreo tenga a su cargo el refractar la luz como si fueran prismas que dieran lugar a distintos índices de refracción de los colores, con la proyección en la pantalla retiniana. En este caso, la distinción estaría no en la retina, sino en el sistema dióptrico, por no transmitir los colores con su índice normal. Este supuesto es sólo una intuición personal, sin base experimental. Si se tiene en cuenta que en toda sensación visual intervienen tres factores fundamentales, que son la luminosidad o grado de luz ambiental; el objeto en sí, con sus cualidades; y el sujeto en sí, con su capacidad receptiva y funcional, resultará que cualquier variación de estos diversos factores será causa de alteración de nuestra visión normal. No es extraño que esta concurrencia de factores en el tiempo, haya dado lugar a las más diversas teorías y opiniones entre físicos, biólogos y filósofos, sin que hasta el momento tengamos los elementos de juicio necesarios para una interpretación adecuada que se pueda aceptar sin reservas; todas ellas presentan lagunas derivadas de nuestros escasos conocimientos, tanto de la naturaleza simple o corpuscular, y, más concretamente, de la naturaleza de la luz en particular, a través de nuestro sistema perceptor. En realidad, no podemos ni estamos autorizados, en

la actualidad, a conceder prioridad a uno u otro factor, por cuanto la sensación visual es una razón simultánea, concomitante en sus operaciones, encontrándonos en dificultad para hacer la distinción adecuada si sintetizamos el mundo exterior en la pantalla retiniana o en las vías que se centran en la corteza cerebral, aunque es lógico suponer que el complejo luz y color posean propias correlaciones anatomofuncionales. Concretándome, en líneas generales, a su caso específico de deficiencia visual, a su discromatopsia o daltonismo, ya que usted no es totalmente ciego al color rojo y color verde, es decir, acromatópsico, porque usted cromatiza el mundo exterior de cierta manera, encontrándose en dificultad solamente para encajar los colores en el molde correcto de un cromatismo normal o fisiológico, lo que le ocasiona múltiples errores. Será, por lo tanto, desde su caso particular desde donde debemos partir, aunque sea de modo hipotético, en la interpretación de la fenomenología de los trastornos visuales, hasta tanto los hechos experimentales vengan en nuestro auxilio.

1.º Por lo que afecta a los objetos o cosas del mundo exterior como factor estimulante e inicial del mecanismo visual, nada se puede adelantar «a priori», porque si lo hacemos no partimos de los objetos en sí mismos, en su naturaleza, luz y color, sino de aquello otro, percibido y concebido sobre los mismos, nuestras propias impresiones y juicios que no son tales objetos natos, sino entes dependientes de un sujeto de percepción. Por consiguiente, nuestra objetividad no está de modo absoluto en los objetos como tales, sino en el espíritu o mente que los discierne. La función visual, interpretada así de modo unilateral, nos sitúa ante un radical sujetivismo, en el cual naufraga aquello verdadero que está en los objetos, en nuestro caso clínico el color del mundo, su ser cromático, su pigmento natural, que es imposible descartar de su poder y condición de estímulo natural. Por ello, forzosamente tenemos que conciliar esta apreciación, en el sentido, que los objetos y nosotros formamos parte de un todo, en que se corresponden como realidades en un juicio que sintetice ambos términos, dándole el valor de cosa cierta o conocida. En consecuencia, su fotocromatismo como fenómeno subjetivo anormal no reside en los objetos, sino en usted, en su natural función visual.

2.º Si no se concede valor de universalidad a la función cromática, puesto que se dan casos anormales, tenemos que admitir que la potencia cromática es función del sujeto en todos los casos; y que tiene lugar en ese pincel que forman las neuronas de nuestra pantalla retiniana, en esos elementos filiformes que con la púrpura visual o rodopsina, reciben los impactos de los estímulos luminosos o fotones; estos elementos celulares son conocidos con los nombres de conos y bastones, siendo estos últimos más sensibles a la luz que los conos, los cuales, por su menor sensibilidad, permitirían la distinción de los colores. Si se tiene en cuenta, al observar que los animales diurnos, como palomas, gallos, culebras, tortugas, etc., carecen de bastones, y que animales nocturnos, como buhos, erizos, topos, carecen de conos, fácil será deducir que la función cromato-visual es fenómeno netamente retiniano, en tesis general, y que los conos, juntamente con la púrpura visual, serían los elementos activos de la función cromática, partiendo del supuesto de que la retina sea el antecedente normal de toda función visual coloreada.

3.º Por la física conocemos la descomposición de la luz solar en siete colores perceptibles normalmente, que van desde el rojo hasta el violeta, pasando por el anaranjado, verde, azul, añil y violado. Tenemos que conceder a cada individuo una mayor o menor sensibilidad a la luz, como a su poder cromático. Si un sujeto en la experiencia, no percibe el color rojo y el violeta, colores extremos de

la escala coloreada, reconoceremos que su prisma visual está estrechado, es incompleto, o también entrecortado, si su prisma no capta algún color intermedio, en el caso de no percibir un solo color, como el verde. Su caso no es de ceguera absoluta al color verde y rojo, sino que adolece de falta discriminativa entre ambos; resulta que usted no padece acromatopsia total, sino discromatopsia parcial o daltonismo. Por lo tanto, si asignamos a cada individuo una magnitud escalar con el correspondiente umbral de excitación, podemos obtener un índice del grado de visualidad cromática de cada sujeto. Como, por otra parte, está comprobado que la percepción cromática depende del número de vibraciones o longitud de onda de los estímulos luminosos, es lógico admitir que tanto el aparato dióptrico como la conformación anatomofuncional de los elementos celulares retinianos, pueden no responder adecuadamente, por cualquier alteración genética, a los estímulos onda y sean la causa de la discusión cromática.

Como cada color responde a una mayor o menor longitud de onda, oscilando entre el rojo con 800 μμ y 330 μμ para el violeta, que comprende el conjunto perceptible de los colores del prisma, resulta que la visión normal sólo es perceptible dentro de esas cualidades umbrales; ahora bien, como el máximo de claridad en el espectro está situado entre 570 y 600 unidades de longitud de onda, que corresponden al color amarillo que percibe el ojo normal, y como a partir de este color va disminuyendo la claridad a uno y otro lado, existen puntos, a ambos lados del máximo, que el ojo normal percipe, respectivamente, rojo y verde, pero que el ojo anómalo, a pesar de percibir la misma claridad o grado lumínico, carece del poder diferenciador del color fundamental, lo que le ocasiona una falta de discriminación entre el rojo y el verde; por ejemplo, un color rojo de 650 μμ y un verde de 560 μμ, no los percibe con distinción, por cuanto ambas longitudes de onda no son captadas en sus diferencias de color o unidades vibratorias, por ser identificadas en la misma claridad.

Esto que se afirma, en cuanto al color amarillo, como zona escalar de mayor claridad, podemos referirlo, si nos trasladamos al color blanco, en sus diversas mezclas coloreadas, de tanto uso en nuestros trabajos artísticos. De igual modo, considerando el blanco puro a derecha e izquierda del mismo, los tonos, en sus combinaciones, poseerán una longitud de onda luminosa que se irá desvaneciendo a medida que nos vayamos aproximando al color primario en cuestión. El ojo normal percibirá, por su poder diferenciador, cualquiera que sea su claridad, la naturaleza del color fundamental; un ojo discrómata no hará la distinción normal, por no tener otra guía que su grado luminoso. En este caso, la causa del trastorno cromático tendrá la misma significación que la que hemos concedido al color amarillo del espectro en el discrómata; en conclusión, estamos ante un caso específico de daltonismo o discromatopsia parcial, muy generalizado en la práctica, que tenemos que encajarlo dentro de un cuadro clínico cuya causa inicial reside en un trastorno de recepción de los estímulos en su complejo cromático, con independencia de las vías de transmisión y sensación cerebral. Si ello es así, la capa de los bastones, por ser más sensible a la luminosidad, podemos concederle normalidad funcional; no así a la capa de los conos que, menos sensibles a la luz, no le permiten la distinción necesaria, ya que lo más probable es que su función sea la de cromatizar las impresiones, o, por lo menos, la de corresponder con los estímulos coloreados que se contienen en el espectro. En este sentido, los conos serían los prismas diferenciadores de toda impresión visual, y que nosotros los damos como fenómenos reales, excepción hecha en los ojos daltónicos.

Esto es lo que se me ocurre por lo que hace a mis opiniones clínicas. Si se me pide consejo, poco o nada se le puede recomendar; es un proceso irreversible, innato, sin corrección posible, por lo menos hasta la fecha, que le incapacita a toda profesión que exija responsabilidad de su ejercicio o que tenga relación con la discriminación de colores. Si me pide consejo como artista pintor, le puedo aconsejar sólo esa modalidad ceñida al cultivo del arte llamado abstracto, de tanta boga en la actualidad, en el que no caben errores de interpretación, por cuanto la imaginación creadora es muy libre de interpretar un mundo, donde el artificio y la arbitrariedad están libres de cánones, de formas, líneas y colores; ¿quién sabe si detrás de más de un artista abstracto se ocultan unas retinas discromatópsicas?

RESUMEN

Se exponen conceptos sobre fisiología de la función cromática en una observación personal con discromatopsia o daltonismo, en la que se prejuzga una etiología y una sintomatología de dicho trastorno de percepción visual del color rojo y verde.

Dirección: General Franco, 66. Zaragoza

CLÍNICA Y LABORATORIO

NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960

LAS CARDIOPATÍAS Y PROCESOS CIRCULATORIOS EN EL CAMPO

POR EL

DR. A. ENRIQUE DELSO BLANCO

GALLOCANTA (ZARAGOZA)

INTRODUCCIÓN

VENIMOS observando la enorme importancia de estos procesos en el medio rural. Y nos proponemos hacer un estudio de los mismos, en relación con las circunstancias especiales de estos núcleos.

La consideración de las citadas circunstancias en las afecciones que nos ocupan, indudablemente nos orientarán sobre los factores que motivan la frecuencia de los mismos, su evolución y demás circunstancias patológicas.

Estaremos así en mejores condiciones para dirigir la lucha global contra estas enfermedades.

MATERIAL Y MÉTODOS

Ejerciendo en diversos núcleos del medio rural y durante este período de tiempo de cinco años y medio que abarca el trabajo, hemos reunido para nuestro estudio ciento setenta y ocho historias clínicas de procesos cardiopáticos y circulatorios en general.

De ellas, noventa y cinco fueron motivadas por la enfermedad cardiocirculatoria, y ochenta y tres, por otros procesos diversos a los que complicaban las enfermedades que estudiamos. De estos últimos, casi la totalidad eran ya de antes enfermos del citado aparato.

Asimismo haremos constar que durante este tiempo el ejercicio en general motivó mil cuarenta y tres historias, de donde sacamos todas las anteriores.

Y se hace saber que estableciendo la media entre los habitantes de cada núcleo y el tiempo en ellos transcurrido, deducimos que hemos trabajado con una población casi exactamente de mil habitantes por núcleo y año, ya que el total entre todos los pueblos y en los correspondientes y sucesivos tiempos asciende a cinco mil cuatrocientos cincuenta.

En cada caso procuramos analizar lo más científicamente posible los factores etiológicos; también tomamos nota de la edad y sexo, y en nuestra mente está, por haberla seguido paso a paso, la evolución y demás incidencias y sus posibles causas, de cada uno de los enfermos.

Y hacemos un estudio de todos los datos recogidos, en relación con los factores ambientales, los cuales han sido suficientemente conocidos y valorados por la convivencia directa en el medio.

Para el diagnóstico seguimos un riguroso criterio clínico, creyendo conveniente hacer las siguientes advertencias:

Las hipertensiones arteriales que aquí figuran se refieren solamente a las esenciales, pues las que se conoció la causa aparecen en el correspondiente proceso nosológico.

Se incluye el término impreciso de dilatación cardíaca, para presentar a los enfermos en los cuales existían serias dudas sobre el factor etiológico de tal dilatación.

No consideramos patológica la hipertrofia compensadora que sucede a simple alteración hemodinámica y sin lesión de ningún género, hasta tanto no le sigue la dilatación con insuficiencia, lo cual sí que es patológica por sí misma y por las degeneraciones y lesiones que no tardando mucho le suceden.

No se han tenido en cuenta más que los enfermos claramente cardiopáticos con un criterio clínico, prescindiendo de otros muchos que, aunque no sea más que por la edad avanzada, pudieran presumirse con rigor anatómico, ciertas degeneraciones y su insuficiencia senil, en cierto modo fisiológica en el tiempo.

Los enfermos que figuran con esclerosis coronaria se ha de entender que son los que arrastran este proceso como la causa principal, pues otros muchos adolecen de la misma coronarioesclerosis y figuran en otras afecciones por ser éstas las principales.

La estancia en cada núcleo, aunque diferente, ha sido mayor de un año, suficiente para que prácticamente el enfermo haya tenido ocasión de necesitar la asistencia, por lo que es de suponer hayan sido muy pocos los que hayan escapado al control, a no ser procesos circulatorios que por su índole sean leves en su sintomatología, y éstos sí que se pueden sospechar en mayor cuantía que las aquí consignadas.

Resultados

Considerando los ciento setenta y ocho enfermos cardiocirculatorios entre las mil cuarenta y tres historias totales, supone que el 17'06 por ciento de los pacientes en estos medios son de aparato circulatorio.

Si tenemos en cuenta que estos casos surgieron a lo largo de cinco años y medio, trabajando sobre una población media de mil habitantes por año, se verá que en este censo aparecen anualmente 32'36 cardiópatas. O sea, el 3'23 por ciento de la población enferma al año de estos procesos.

Se distribuyen de la siguiente manera:

Esclerosis coronaria: treinta y seis casos. El 20'22 por ciento de toda la patología circulatoria, aun sin tener en cuenta otros que secundariamente están afectados también de lo mismo.

De ellos, quince varones y veintiuna hembras. En edades comprendidas entre los 53 y los 89 años.

Como factores contribuyentes a la dilatación, aparecía la hipertensión en ocho casos (22'22 por ciento); la obesidad, en siete (19'44 por ciento); infecciones crónicas, en tres (8'33 por ciento), e intoxicaciones, en uno (2'77 por ciento).

Miocarditis crónica: treinta y cinco enfermos. Por tanto, el 19'66 por ciento de los del aparato. Veintiún varones y catorce hembras. Incluídos entre 31 y 86 años de edad, dando el mayor porcentaje el sexto decenio, con once casos (31'42 por ciento).

Los procesos concomitantes y algunos como etiológicos, fueron: infecciones crónicas diversas, en diecinueve (54'28 por ciento); once con focos de croniosepsis especialmente del colecisto y boca (31'42 por ciento); intoxicaciones crónicas, en dos (5'71 por ciento); en seis, reumatismos, que aunque no directamente cardioarticular, siempre pueden afectar remotamente; cinco (14'28 por ciento) con arterioesclerosis; seis (17'14 por ciento), obesidad, y tres (8'57 por ciento), con hipertensión arterial. Se ha de comprender que en algunos casos se asociaban al mismo tiempo varios de estos procesos, para entender los porcentajes.

Miocardosis: treinta y nueve, que suponen el 21'91 por ciento entre todos. Catorce hombres y veinticinco mujeres. Entre 37 y 84 años. Apreciándose la mayor frecuencia en el sexto y séptimo decenio, con veinticinco enfermos (64'10 por ciento).

Analizando los factores etiológicos, se dio la hipertensión arterial en dieciocho (46'15 por ciento); obesidad, en veintidós (56'25 por ciento); con arterioesclerosis, catorce (35'89 por ciento); procesos pulmonares con aumento de la resistencia en círculo menor, seis (15'38 por ciento); anemia, en dos (5'12 por ciento). Aquí también coinciden en muchos casos dos o más factores etiológicos.

Dilatación cardíaca: diez, o sea, el 5'61 por ciento del total de este aparato, aunque volvemos a repetir que este grupo de enfermos y diagnóstico es arbitrario, por no excluirlos y darles un nombre a estos pacientes, en los cuales las dudas sobre su etiología nos impidieron encuadrarlos en su verdadero proceso nosológico.

Ocho hombres y dos mujeres. Edades de 30 a 65 años.

Contribuyendo a la dilatación, ocho procesos respiratorios crónicos, con hipertensión en círculo menor (80 por ciento); hipertensión arterial, en dos (20 por ciento).

Las causas pulmonares citadas se referían a bronquitis más bien secas, en su mayor parte debidas al tabaco, y también a cierta atelectasia pulmonar difusa, debida a cifosis dorsales en algún caso. Las dilataciones eran, en general, leves, y no cabía sospechar aún la degeneración grasa (miocardosis).

Miocarditis aguda: se dieron cuatro pacientes (2'24 por ciento); dos en varones y dos en hembras. Edad de 37 a 50 años. Todos en el curso de procesos septicémicos agudos.

Endocarditis aguda: también cuatro 2'24 por ciento); dos de cada sexo, y entre 21 y 42 años.

Todos ellos debidos a reumatismo cardioarticular agudo, recidivante en una enferma de 42 años.

Lesiones valvulares: veinte (11'23 por ciento); siete varones y trece hembras. Edad, 10 a 53 años.

Se trataba de dieciséis casos de insuficiencia mitral (80 por ciento), debidos al reumatismo cardioarticular, cinco (siendo en dos casos aún endocarditis reumática evolutiva); siete, por focos de croniosepsis (cuatro en amígdalas, dos en boca y uno en colecisto), y en cuatro resultaba dudoso sobre si era orgánica o funcional.

Un caso de estenosis e insuficiencia mitral (5 por ciento), uno de estenosis mitral (5 por ciento), uno de estenosis aórtica (5 por ciento), los tres últimos de origen reumático; uno de insuficiencia aórtica, debido a la arterioesclerosis (5 por ciento).

Hipertensión arterial: Son los casos que aquejaban este síndrome como única y principal dolencia, pues otros muchos más quedaron ya englobados, como concomitantes en procesos ya citados.

Once enfermos, que eran el 6'16 por ciento; un varón y diez hembras. Edades de 52 a 75 años. Desconociendo la causa de la misma.

Infarto de miocardio: dos (1'12 por ciento). De 62 y 74 años. Varón y hembra. De origen arterioescleroso.

Aortitis ateromatosa: dos enfermos, de 55 y 65 años, varón y hembra.

Arterioesclerosis: once casos (6'16 por ciento); seis varones y cinco hembras. Englobados de 60 a 73 años de edad. Estos casos son los que presentaban una aterosclerosis de carácter generalizado, pues muchos otros se estudian en otros procesos ya citados.

Varices: dos (1'12 por ciento), mujeres ambas, de 41 y 64 años.

Enfermedad de Reynaud: un hombre de 39 años (0'56 por ciento).

Enfermedad de Randu-Osler: varón de 16 años (0'56 por ciento).

Estudio en relación con el medio

Aparece bastante llamativo el porcentaje de los procesos cardiocirculatorios en estos medios. Y como factores etiológicos más importantes surgen la arterioesclerosis, obesidad, hipertensión arterial e infecciones crónicas y focos croniosepsis.

Indudablemente que en todas partes tienen importancia estos procesos y también los factores etiológicos que citamos son los más frecuentes. Pero precisamente por ser esa etiología la más corriente y presentar matices diferentes en el campo, es por lo que creemos oportuno nuestro estudio.

Tratándose de procesos que prácticamente son crónicos, adquieren en nuestro caso una especial importancia social por inhabilitar a todos los pacientes debido a la índole de sus trabajos físicos pesados.

Desde el punto de vista profiláctico, no es rara esta frecuencia de las cardiopatías teniendo en cuenta que la incultura y la escasez de medios no les permite comprender ni poner en práctica las medidas necesarias para retrasar una arterioesclerosis, evitar una obesidad o extirpar radicalmente un foco de croniosepsis, etcétera. En las circunstancias actuales, y mientras no presentan síntomas alarmantes, no hay quien les haga darse cuenta del beneficio de tratar una obesidad (creen que el «estar gordo» es salud), o lo conveniente de seguir unas normas para prevenir al máximo la esclerosis, etc.; y, por otra parte, no siempre disponen de medios económicos para someterse sin necesidad de urgencia a una operación de exéresis de un foco, tratamiento prolongado, o extracción dentaria seguida de prótesis dental, etc.

Ante este panorama, no es extraña la casuística que presentamos, pues además de no existir buen ambiente cultural y económico para luchar contra estos factores etiológicos, es que el número (en otros estudios lo hemos hecho constar) de dichos factores abunda, ya que, al margen de este trabajo, advertimos que es crecido el de pacientes con focos de croniosepsia, especialmente de boca, colecisto, amígdalas, etc., y considerable el porcentaje de obesos del sexo femenino (*Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza*, tomo VII, n.º 3, «La obesidad en el medio rural»).

Estudiando detalladamente nuestros pacientes, hemos podido llegar a imaginarnos en muchos casos estas o parecidas maneras de adquirir la enfermedad:

Personas fuertes, sanas, que se hacen obesas con gran rapidez y en edades tempranas, especialmente mujeres (las cuales, ni aun desde el punto de vista estético la consideran) y que crean una hipertrofia cardíaca compensadora que les permite arrastrar durante algunos años su obesidad sin insuficiencia; y esta compensación, si no con el tiempo, en muchos casos es rota con más rapidez por la acción tóxico-infecciosa en miocardio de una septicemia leve, crónica o intermitente, provocada por una boca sumamente séptica, una colecistitis crónica mal cuidada o una anexitis, etc., viniendo la descompensación, con miocardosis, miocarditis, etc.

En otros es un estreñimiento crónico (al cual ni remotamente piensan concederle la atención que merece) lo que produce la intoxicación crónica que motivará con el tiempo la miocarditis, y máxime si es un corazón próximo a agotar sus reservas debido a una hipertensión, obesidad, resistencia en círculo menor (fibrosis pulmonar por procesos pasados, bronquitis crónicas, etc.), o el trabajo físico excesivo durante años.

Y lo mismo diremos de la intoxicación alcohólica en muchos, más aún llevando una alimentación antihigiénica cualitativamente, por ser deficiente en algunas vitaminas, como se deduce de otro estudio nuestro publicado también en *Archivos de la Facultad de Medicina de Zaragoza*, tomo VI, n.º 5, sobre «Investigaciones médicas en la población escolar de un núcleo rural», pues aunque referente a niños, no es aventurado suponer lo mismo para adultos, ya que suelen tomar los mismos alimentos, sólo que en diferentes cantidades proporcionales. Intoxicaciones éstas, y otras que aparecen citadas, aunque no detalladas, en muchos de los procesos que estudiamos aquí.

El del soplo cardíaco que nos sorprende en el curso de una exploración por otro motivo, y que con todas las características de orgánico nos sugiere la lesión endocárdica, para la cual no encontramos otra justificación que una vieja amigdalitis crónica, una otitis inveterada o sepsis bucal, por no citar más que las frecuentes, y que, aun a pesar de buen consejo, demoran al máximo las medidas radicales a tomar o no las toman, cristalizando a irreversible esa cardiopatía, que aún pudiera haber regresado.

El arterioescleroso inicial que no concibe unas normas de vida incompatibles con la prolongación por más tiempo del excesivo y agotador trabajo que desde siempre venía realizando, y que también da lugar a aumentar en progresión geométrica el deterioro de su miocardio y vasos.

¿Y por qué no citar también el caso del hipertenso, entre otras cosas cardiópata en potencia, en el que se advierte venir la dilatación tanto más precozmente cuanto menos interés ponga en compensar su hipertensión?

Y, siguiendo con nuestro estudio, hacemos notar que concedemos menos importancia al reumatismo cardioarticular agudo, en relación con el pronóstico de nuestro trabajo, ya que tan sólo reconocemos doce casos en los cuales sea este proceso el causante, aunque no por eso dejemos de darle la enorme importancia que tiene al paciente que se pueda presentar.

De todo lo anterior deducimos que es enorme la labor profiláctica por hacer de estos medios, y que, empezando por aumentar el nivel económico y cultural, los frutos serían palpables en el orden sanitario de estos procesos.

En el sentido terapéutico también se tropieza con los mismos inconvenientes, pues es del todo heroico pretender que los pacientes lleven exactamente el tratamiento adecuado, toda vez que, conseguida una compensación medicamentosa, no conciben el seguir el tratamiento ni la terapéutica etiológica, haciendo, por lo

tanto, menos eficaces las curas, adelantando las etapas finales, disminuyendo su ya limitado rendimiento, provocando complicaciones mortales, y contribuyendo a disminuir la duración media de la vida.

Estamos convencidos (lo que ya en otra ocasión estudiamos) de que este apartado de la patología es el de mayor contingente de defunciones, al menos en nuestro medio, aun excluyendo en este trabajo los accidentes vasculares encefálicos, que tan ligados andan con algunos procesos que nos ocupan.

Resumiendo, para terminar, que, descartando prácticamente hoy día el problema de las infecciones, le sigue el que tratamos, siendo de máxima importancia atajar principalmente la arterioesclerosis, hipertensión arterial, obesidad y focos de croniosepsis, aun cuando existan otros posibles factores etiológicos, empezando por orientar la lucha en estos medios hacia un cambio del ambiente que impera.

Conclusiones

1.ª En los núcleos que tratamos, el 17'06 por ciento de los enfermos son de aparato circulatorio.

2.ª Sobre una población de mil habitantes, surgen al año 32'36 pacientes cardiocirculatorios, o sea, el 3'23 por ciento de la población total.

3.ª Los ciento setenta y ocho casos que estudiamos se distribuyen entre los procesos siguientes: esclerosis coronaria, el 20'75 por ciento de estas afecciones; miocarditis crónica, el 19'66 por ciento; miocardosis, el 21'91 por ciento; dilatación cardíaca, el 5'61 por ciento; miocarditis aguda, el 2'24 por ciento; endocarditis aguda, el 2'24 por ciento; lesiones valvulares, el 10'23 por ciento; hipertensión arterial esencial, el 6'16 por ciento; infarto de miocardio, el 1'12 por ciento; aortitis ateromatosa, el 1'12 por ciento; arterioesclerosis, el 6'16 por ciento; varices, el 1'12 por ciento; enfermedad de Reynaud, el 0'56 por ciento; enfermedad de Randu-Osler, el 0'56 por ciento.

4.ª Se aprecia una frecuencia mayor de las mujeres en estos procesos, suponiendo el 55'06 por ciento del total. Así como también es notable el mayor número para este sexo en la miocardosis (el 64 por ciento) y en la hipertensión arterial esencial (90'90 por ciento). La superior incidencia de las mujeres en las cardiopatías, creemos se relaciona con esa mayor frecuencia en ellas de la hipertensión y obesidad, dada la importancia de éstas como factores etiológicos en las dilataciones cardíacas.

5.ª Las afecciones causantes que se registraron fueron: la arterioesclerosis, figurando en setenta y un pacientes (39'88 por ciento); infecciones y focos de croniosepsis, en cuarenta y cuatro (24'71 por ciento); la obesidad, en treinta y cinco (19'66 por ciento); hipertensión arterial, en treinta y uno (17'41 por ciento); procesos pulmonares con resistencia en círculo menor, catorce (7'87 por ciento); reumatismo cardioarticular, doce (6'74 por ciento); intoxicaciones, en tres (1'68 por ciento), y anemia (miocardosis anémica), en dos (1'12 por ciento). En muchos confluían varios factores, y esto hace que la suma de los porcentajes aparezca superior a cien.

6.ª Que esta patología adquiere en nuestro medio una especial importancia social, por inhabilitar crónicamente para sus trabajos físicos pesados y en edades de las que hoy aún cabe esperar rendimiento, a la inmensa mayoría de los pacientes.

7.ª Es de notar una incomprensión general, y en otros muchos, impotencia económica, para adoptar las medidas profilácticas y curativas más indispensables.

8.ª Consideramos como factores etiopatogénicos más importantes la arterioesclerosis, obesidad, hipertensión arterial y focos de croniosepsis. Y estamos convencidos de que se pueden obtener resultados espectaculares cambiando radicalmente las circunstancias del medio ambiente.

RESUMEN

Se investiga en diferentes núcleos rurales la frecuencia y demás incidencias de las cardiopatías y procesos circulatorios.

Se hace un estudio de las principales causas etiopatogénicas y demás factores coadyuvantes, y se advierten los inconvenientes de orden cultural y económico, para luchar eficazmente contra estos procesos en los medios que tratamos.

Llegamos a unas conclusiones que creemos expresan realmente la situación de estos problemas sanitarios en el campo.

Dirección Gallocanta (Zaragoza).



CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960
LIBROS

AUTORES NACIONALES

UNA EFEMÉRIDES POCO CONOCIDA: LA BODA DE DON FRANCISCO DE QUEVEDO EN ARAGÓN, *por el doctor* RICARDO HORNO LIRIA. *Un folleto de 15 páginas, con varias fotografías. Publicaciones de «La Cadiera», CXLVI. Marzo 1960. Zaragoza.*

EL autor, don Ricardo Horno, es uno de esos doctores en Medicina poseedores de exquisita sensibilidad artística, lo que, unido a su extraordinaria capacitación y cultura, le permite captar detalles que para tantos otros pasan desapercibidos.

Con motivo del ejercicio profesional, tuvo que trasladarse a la villa de Cetina, enclavada en el límite de la provincia de Zaragoza, aprovechando la circunstancia para satisfacer la curiosidad de visitar su vetusto castillo, en el cual se halla la capilla donde celebró su único, tardío y negativo matrimonio aquel genio español de las letras que se llamó Francisco de Quevedo y Villegas. El espíritu del doctor Horno se halló, sin duda, espoleado por tal efemérides, y en el mes de febrero del presente año presentó una comunicación en «La Cadiera», durante la celebración de su CXLVI reunión, recogida ahora por escrito.

El autor, haciendo gala de sus conocimientos literarios y demostrando conocer a fondo personalidad, vida, psicología y trabajos en verso y prosa de aquel inmortal personaje, transcribe diversos esbozos sobre su biografía, centrándolos especialmente sobre sus ideas matrimoniales, aleccionándonos no solamente con extractos de sus opiniones, sino con las de sus enemigos. Ilustra su ameno y erudito trabajo con certeros puntos de vista, pormenorizando sobre aspectos muy poco conocidos de la vida de Quevedo, de su esposa y de sus mutuas relaciones, ante y postmatrimoniales, estudiando múltiples facetas bajo el punto de vista psicológico.

Tal estudio honra a su autor, deleitándonos con su prosa, además de clara, del más puro castellano, enseñándonos a discurrir en la interpretación de personajes históricos, sirviéndonos de guía y estímulo sobre derroteros que tan perfectamente domina sobre Medicina e Historia.—LUIS DEL CAMPO.

PUBLICACIONES DE LA DELEGACIÓN NACIONAL DE AUXILIO SOCIAL.

ESTA Delegación, de prestigiosa asistencia facultativa ya en nuestra patria, publica cuatro folletos en los que se demuestra su ingente amor al trabajo, al niño y a su mejor asistencia.

Se titulan estos:

«Los niños azules, su clínica y tratamiento», por los doctores E. García Ortiz, F. Jaca Grende y M. Casamayor.

«Problemas de la nutrición en las instituciones infantiles de Auxilio Social: Hogar Cuna «Carmen Franco», Centro de alimentación infantil y Guarderías y Hogares infantiles», por los doctores M. Aínsa Font, M. Blanco Otero, F. Rodrigo Palomares y F. Sancho Martínez.

«Estudios sobre morbilidad por tuberculosis en la población infantil de Auxilio Social», por los doctores M. Morales Romero-Girón, V. Otaño Ruiz de la Torre y F. Calderón Villalobos.

«Indice de la labor realizada en las Casas de la Madre, de Auxilio Social, en Madrid», por los doctores M. M.ª de Mendizábal y A. González Allas.

Ya los títulos de todas estas publicaciones son lo suficientemente sugestivos para comprender la importancia de las mismas.

Por otro lado, la colaboración de sus prestigiosos autores es índice indudable del beneficio que las mismas pudieran dar a la Asamblea Sanitaria de 1958, que fue donde fueron presentadas las mismas. — A. MALLÓU.

AUTORES EXTRANJEROS

ANÁLISIS INMUNOELECTROFORÉTICO. APLICACIONES A LOS LÍQUIDOS BIOLÓGICOS HUMANOS, *por el profesor* GRABAR. *Un vol. (17 por 25 cm.) de 295 páginas, con 90 figuras, algunas de ellas en color. Editorial Masson et Cie., 120, Boulevard Saint Germain, París, 1960.*

EL estudio de las proteínas es hoy día uno de los problemas más apasionantes de la ciencia biológica; podríamos decir que no hay un problema biológico actual que no se concrete en un problema de proteínas. Por lo tanto, son de un gran interés para todo biólogo todos aquellos métodos o técnicas que traten de facilitar la separación e identificación de las diversas proteínas componentes de las mezclas proteicas características de los líquidos orgánicos. En este sentido, el libro del profesor Grabar tiene una máxima categoría. Como nosotros bien sabemos, representa el fruto de largos años de investigación, de trabajo en equipo, que ha culminado en la elaboración de un conjunto de técnicas que representan, si no un paso definitivo, sí un avance importantísimo en el estudio de las proteínas desde el punto de vista de que antes estábamos hablando.

El profesor Grabar y sus colaboradores, del Servicio de Química Microbiana del Instituto Pasteur, apoyándose en la técnica de la electroforesis sobre agar, han realizado un trabajo prodigioso de investigación, representado por la puesta en marcha de una técnica de identificación de las proteínas basada en tres propiedades, diversas pero muy interesantes, de estos compuestos.

Efectivamente, por simple electroforesis, las proteínas de una mezcla, por ejemplo, de suero humano se separan dentro del campo eléctrico en una serie de fracciones que se diferencian unas de otras por una propiedad física fundamental, que es su movilidad eléctrica. Esta técnica, ya de por sí, es de un gran interés y permite el estudio de las fracciones proteicas con más facilidad y exactitud que las conocidas técnicas de electroforesis sobre papel, y más fácilmente que las técnicas de electroforesis sobre almidón. Pero, además, a la simple electroforesis sobre agar se sobreañade la identificación, dentro de cada una de estas fracciones, de subfracciones separables entre sí por sus propiedades inmunológicas, es decir, por sus reacciones diferenciales cuando se colocan frente a sueros de animales inmunizados, bien con suero humano normal, bien con suero o productos orgánicos de distinta naturaleza. Esto constituye lo que Grabar y colaboradores designan con el nombre de inmunoelectroforesis, y realmente es un arma maravillosa con la que debemos esperar magníficos resultados en el desciframiento de los numerosos problemas que con base proteica nos plantean la Medicina y la Biología. Existe una tercera posibilidad de identificación de las fracciones proteicas separadas, como hemos dicho, por sus propiedades de movilidad e inmunológicas, y que se basan en tinciones características de determinados grupos o componentes de la misma; es decir, terminamos con esto una triple separación de la mezcla proteica: primero, sus componentes se separan en función de su movilidad eléctrica obteniendo las fracciones que todos conocemos; en una segunda fase, en la inmunoelectroforesis, se estudian cada una de estas porciones como posible mezcla de proteínas que, aunque con idénticas propiedades físicas, sean diferentes desde el punto de vista inmunológico, y en una tercera fase y utilizando técnicas de tinción muy bien adaptadas, y en las que descuella el trabajo de nuestro compatriota doctor Uriel, se completa esta identificación.

La obra no representa, ni mucho menos, una simple exposición de técnicas utilizables en los laboratorios; todo lo contrario, representa el conjunto de observaciones y deducciones de eminentes clínicos que durante años han utilizado estas técnicas en sus clínicas y en sus investigaciones.

Los veintiséis capítulos en que está dividida la obra se subdividen en tres partes. La primera parte se inicia con un capítulo del profesor Grabar dedicado al estudio teórico y práctico de la electroforesis en gelosa, así como de la inmunoelectroforesis; se detallan las técnicas habituales para la investigación de las proteínas del suero sanguíneo, así como algunas especiales como las microtécnicas, la electrobidimensional, etc. Los capítulos segundo y tercero, por el doctor Uriel, se dedican a la caracterización, por reacciones químicas, de las diferentes fracciones proteicas, y así, por ejemplo, se indican las técnicas más adecuadas para la coloración de glico y lipoproteínas, de los acetalfosfátidos, de la ceruloplasmina, así como de caracterización de algunos fermentos transportados por las proteínas, como las peroxidasas, las catalasas, las colinesterasas, etc. Asimismo, el doctor Uriel expone los métodos y fundamentos para la valoración cuantitativa de las fracciones proteicas por densimetría; también se estudia detalladamente la movilidad electroforética en gelosa como medio de identificación. El capítulo cuarto, último de esta parte general, escrito por el doctor Burtin, se refiere a los inmunosueros y a su utiliza-

ción, describiéndose las normas de interpretación de los diagramas inmunoelectroforéticos.

La segunda parte del libro se subdivide, a su vez, en dos; la primera está compuesta por tres capítulos; en uno, el profesor Burtin estudia las proteínas del plasma humano normal; en otro, el doctor Hitzig, las de la sangre del cordón umbilical y de la sangre del recién nacido; en el tercero, Schultzo y Schwick aplican el control de inmunoelectroforéticos a los métodos de fraccionamiento del plasma.

La segunda mitad de esta parte se dedica al estudio de los sueros patológicos, y, previa introducción de P. Burtin, el doctor Gitlin estudia las gammaglobulinemias; Hässig, Gugler y Scheidegger, las macroglobulinas; Seligman, la inmunoelectroforesis del suero en el lupus eritematoso; Hartmann, los sueros de los enfermos reumáticos, y Burtin estudia inmunoelectroforéticamente las proteínas del mieloma, las crioglobulinas, el suero en las enfermedades hemáticas, en las leucosis y en la sarcomatosis, estableciendo este mismo profesor un balance del método en la actualidad y señalando sus posibilidades.

La tercera parte se dedica a la aplicación de la inmunoelectroforesis para la investigación de las proteínas en otros líquidos orgánicos humanos, y así, Vaux Saint-Cyr y J. C. Patte estudian las proteinurias; las proteínas del líquido cefalorraquídeo son estudiadas por Burtin, mientras que Chevance Galli, Mme. Jeanmarie y Gérard estudian las del líquido perilinfático; K. Schmidt estudia la naturaleza de las proteínas del líquido sinovial, mientras que Mulat y Gugler lo hacen de las de la leche y del calostro, y Hermann, las del plasma seminal. El último capítulo, por el doctor Seligmann, estudia la aplicación de la inumunoelectroforesis en la investigación de la composición de los elementos figurados de la sangre (hematíes, leucocitos y plaquetas).

Termina el libro con un detallado índice de materias, así como una extensa y casi total bibliografía de los temas tratados.

La exposición, a pesar de las diferentes nacionalidades y lugares de trabajo de sus colaboradores, presenta una claridad y unidad de criterio verdaderamente notables. Debemos recomendar el libro a todos aquellos médicos, veterinarios y biólogos en general, que en el transcurso de su vida profesional deberán enfrentarse fatalmente con estos problemas de investigación proteica, que el profesor Grabar y su escuela contribuyen eficazmente a su resolución.

La edición, muy cuidada por la Editorial Masson, cosa habitual en ella. — PEG JUARRERO.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (tomo I), *por* GEORGES PORTMANN, JEAN DESPONS, MAX BERGER y MICHEL PORTMANN. *Un vol (19 por 25 cm.) de 975 páginas, con 343 grabados en negro y color; encuadernación en tela, con sobrecubierta en rhodialina. Precio: 150 N. F. Editorial Gastón Doin et Cie., 8, Place de l'Odeón, París, VI. Año 1960.*

QUIZÁ nadie más conocido en España por todos los otorrinolaringólogos que el profesor Portmann; sus magníficas dotes pedagógicas, su facilidad de dicción, su elegancia dialéctica, conocidas de tantos discípulos como tiene en España y América de lengua española, se ponen una vez más de manifiesto en esta obra, que hacía falta. En la primera parte, que dedica al aparato auricular y a cavidades nasales, con fotograbados, figuras en negro y color, esquemas fuera de texto, comienza con un prefacio en que explica que la evolución de la patología, de los medios de exploración, de terapéutica, exige renovación de los tratados para enseñar la especialidad. En las generalidades explica la exposición resumida y sin literatura de las enseñanzas de la obra; los recordatorios anatómicos elementales, fisiológicos; la exposición de los medios de investigación, los capítulos de patología de la especialidad, expuestos con un orden constante y metódico.

Comienza con la iluminación, elemental en nuestra especialidad, que es de cavidades, a la que hemos de llevar la luz permitiendo la visibilidad binocular. Asimismo expone los medios e instrumentos especiales a utilizar en cada órgano de la especialidad.

En la primera parte, y en treinta páginas, hace un resumen de la anatomía del oído (oreja, conducto auditivo externo, medio e interno). En otras diez páginas trata de un resumen de fisiología de la audición y del equilibrio. Dedica ciento treinta y cuatro páginas a exploración indirecta del oído (incluyendo acumetría, audiometría tonal liminar supraliminar, vocal e infantil), examen funcional del equilibrio (estático y dinámico, de los canales semicirculares, pruebas rotatorias, térmicas, neumáticas, eléctricas, electronistagmografía, etc.), exploración otoscópica y las radiografías de peñasco, en las diversas incidencias, con sus interpretaciones.

Comienza la parte dedicada a Patología, que consta de trescientas cuarenta y dos páginas, por un estudio de las malformaciones de oído externo, medio e interno; estudio de cuerpos extraños del oído, otohematomas, tapones de cerumen, epidérmicos y afecciones de oído externo; pericondritis y tumores malignos de la oreja. Trata de las obstrucciones

tubáricas, otitis medias (aguda simple, necrosante, supurada crónica simple, colesteatomatosa, tuberculosa); secuelas de otitis medias. Dedica un estudio más amplio al tratamiento quirúrgico funcional de las inflamaciones otíticas y sus secuelas. A continuación estudia las mastoiditis, las otitis latentes del lactante.

Las laberintitis supuradas y las complicaciones endocraneales de las otitis (abscesos extradurales, meningitis otíticas, tromboflebitis y abscesos encefálicos otógenos) son analizadas minuciosamente, así como las séptico-piohemias de origen otógeno.

La sífilis del oído, adquirida y hereditaria, son revisadas rápidamente. Los tumores del oído medio (incluyendo a los del glomus yugular) son tratados también claramente.

La otoesclerosis la expone claramente, haciendo mención de las técnicas diversas de movilización, interposición, fenestración, utilización de sustitutos del estribo con materiales plásticos, etc.

Dedica especial atención a los trastornos vásculotensionales del laberinto, y trata de las laberintosis o afecciones del laberinto no inflamatorias ni traumáticas de tipo progresivo.

En otro capítulo trata de los traumatismos del oído medio e interno, abarcando desde los traumatismos del tímpano, heridas por disparo, los barotraumas (aviadores, submarinistas, explosiones, etc.); las fracturas de peñasco, conmociones laberínticas, los traumatismos sonoros, etc.

Se ocupa, a continuación, del síndrome cócleovestibular radicular y del síndrome cócleovestibular central.

Las sorderas, con la elemental clasificación de transmisión, recepción y mixta, son expuestas claramente, así como las sorderas del niño, en su doble aspecto de semisordos y sordomudez.

Las parálisis faciales son estudiadas ampliamente, con un demostrativo esquema en varios colores, que facilita el estudio de las variadas causas. Los tratamientos, según sea forma precoz o tardía, se hallan claramente expuestos. Termina la parte dedicada al oído con el zona auricular.

En la segunda parte, dedicada a la nariz y senos paranasales, después de los capítulos de anatomía de fosas nasales, nasofaringe y cavidades accesorias, repasa la fisiología de la respiración nasal, olfación, papel en fonación, y trata del papel de las cavidades anejas a fosas nasales.

La exploración indirecta y directa de cavidades nasales y senos paranasales en las diversas incidencias, con radiografías y esquemas aclaróticos.

La parte de Patología comienza con las alteraciones sensoriales, reflejas, circulatorias y de secreción nasal, para seguir con la epistaxis, cuadros de insuficiencia respiratoria nasal, dermatosis, rinofima.

Ocupa cierta extensión a las malformaciones, desde la pirámide nasal, tabique y las atresias nasales.

Dedica atención a los traumatismos nasales, afecciones del tabique y litiasis nasal, así como a los cuerpos extraños de fosas nasales.

Estudia la alergia nasosinusal, y las poliposis nasosinusales son objeto de especial atención.

Las rinitis son examinadas desde las vestibulitis hasta las rinitis agudas (epidémicas, del lactante y de las enfermedades infecciosas). Las rinitis crónicas (purulentas simples, hipertróficas y atróficas) completan la parte dedicada a las mismas.

Las sinusitis agudas del adulto y del niño son especialmente estudiadas y sistematizadas; y en otros capítulos se estudian las sinusitis crónicas del adulto y del niño.

Asimismo son objeto de estudio especial las complicaciones órbito-oculares y craneanas de las rinosinusitis.

La sífilis y el pián nasal se describen con amplitud.

La tuberculosis, el rinoescleroma, la lepra nasal, son motivo de descripción detallada especial.

El mucocele etmoidal, con su sintomatología, y en especial su exploración radiográfica, se estudia con sencillez y claridad.

El mesenquimoma maligno mediofacial (granuloma maligno), los tumores benignos (papilomas, osteomas, encondromas, adenomas, angiomas y tumores mixtos), se describen resumidamente, pero con suficiente extensión.

Los cánceres de nariz, fosas nasales y cavidades accesorias, son descritos siguiendo las normas clásicas del profesor Moure, en tumores de los tres pisos (superior, medio e inferior o palatinos).

Termina por fin el libro con un capítulo de algias cráneo-faciales (neuralgias y dolores no neurálgicos).

La obra, magnífica en todos los aspectos y muy bien presentada. Nuestra sincera felicitación a los uatores.—J. RAMÓN MOZOTA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960

REVISTAS

NACIONALES

MEDICINA

CASANOVAS CARNICER, J., y BRUIX SOLANES, J. (Barcelona). — «LESIONES OCULARES PRODUCIDAS POR LESIONES ATÓMICAS.» «*Arch. Esp. Med. Int.*», *4-3-95. 1960. Barcelona.*

HACEN los autores una revisión de las lesiones descritas en los globos oculares a consecuencia de las explosiones atómicas. Señalan que las lesiones inmediatas de tipo hemorrágico están en relación de causa a efecto con los trastornos sanguíneos, no siendo debidas a la acción de la energía radiante sobre el ojo, pues desaparecen al mejorar el estado hemopoyético. Las lesiones inmediatas por llamaradas y ráfagas de calor, son semejantes a las de cualquier otra contingencia de tipo explosivo, agravadas naturalmente por el superior poder destructor de las explosiones atómicas. Hay quemaduras extensas de párpados y polo anterior del ojo, con quemaduras coriorretinianas parecidas a las de los eclipses. De las lesiones tardías se deduce que el cristalino es muy sensible a las radiaciones, pues el 47 por ciento de los supervivientes de Nagasaky, que estaban entre los 400 y 1.000 metros de peicentro, presentaron opacidades del cristalino, muchas de ellas insignificantes, pero que tienen su importancia a largo plazo, como toda alteración precoz en la refracción del cristalino. Señalan los autores el interés de conocer estas lesiones precoces con el fin de poder proteger a los obreros que trabajan expuestos a las radiaciones atómicas. G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

FERNÁNDEZ VALLADO, P., y GIJÓN BAÑOS, J. — «RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA CLÍNICA CON EL G.28.315 EN EL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS GOTOSOS.» «*Rev. Clín. Esp.*», *77-1-5. 1960. Madrid.*

HACEN los autores una revisión de los conceptos actuales acerca del mecanismo de producción de la gota, señalando que los factores que intervienen son fundamentalmente tres: aumento de la producción de ácido úrico, disminución de su destrucción en el organismo y descenso en su eliminación renal, siendo este factor el que está más comprobado en el enfermo gotoso.

Entre los diversos tratamientos efectuados, el probenecid o benemida es un eficaz uricosúrico, pero no siempre es bien tolerado. La butazolidina tiene también una acción eficaz, pero no puede usarse de manera continuada por el peligro de producción de reacciones secundarias. Ultimamente se han encontrado algunos derivados de la butazolidina, con poca acción antiflogística y marcado efecto uricosúrico. Entre éstos, el más eficaz es el llamado G.28.315 (Geygy).

Llevan a cabo un estudio clínico sobre dieciocho pacientes gotosos sometidos a tratamiento continuo durante períodos de tiempo de ocho semanas a un año, a dosis diarias de 400 mg. de producto, que en todos los casos fue bien tolerado y sin producir reacciones secundarias. Se comprobó un claro descenso de la uricemia, con incremento de la uricuria, y una mejoría del cuadro clínico. Al principio del tratamiento es corriente la producción de crisis gotosas que responden a la colchicina. El tratamiento estudiado no sirve, pues, para las crisis, sino que solamente es un tratamiento de fondo que mejora la situación metabólica y cuya eficacia justifica el proseguir su empleo con fines de introducirlo en la clínica.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

PÉREZ ARGILÉS, V., y BASTERO BEGUIRISTAIN, J. M.ª (Zaragoza). — «LA INVESTIGACIÓN CROMATOGRÁFICA EN LA METÓDICA DE LA DETERMINACIÓN DE LA NATURALEZA ESPERMÁTICA DE UNA MANCHA.» «*Archivos de la Facultad de Medicina*», *t. VIII, n.º 2, págs. 285-296, marzo-abril 1960. Zaragoza.*

SE propone una marcha sistemática para la investigación de las manchas de esperma, proponiendo como única prueba preliminar lícita el examen a la luz de Wood, directamente y con filtros adecuados, seguida de la busca de zoospermos en determinados puntos de la mancha, y en caso negativo las pruebas anafiláctica, enzimática y cromatográfica, haciendo particular mención de esta última, que ha sido el objeto del presente trabajo de investigación.—AUTORRESUMEN.

APARATO DIGESTIVO

VALENZUELA CASA, E. (Granada).—«CECITIS AGUDAS FLEMONOSAS.» «*Actualidad Médica*», *n.º 425, pág. 355-359, mayo 1960. Granada.*

SE debe conocer este cuadro nosológico de las *cecitis agudas flemonosas*, en las cuales es necesario ser conservador, salvo en los casos complicados. Poner un tratamiento antibiótico y dar tiempo para seguir el curso de las lesiones mediante una repetida exploración radiológica, y sólo en el caso de que las imágenes no regresen y ante la sospecha de neo, decidirse por la resección.—AUTORRESUMEN.

FARMACOLOGIA

MARTÍNEZ, M. (Barcelona).—«THIOGENALD.» «*Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*», *vol. XX, núm. 3, págs. 386-399, mayo-junio 1960. Barcelona.*

SE estudia este barbitúrico de reciente introducción en el arsenal anestesiológico. Su empleo, al parecer, presenta algunas mínimas ventajas en los casos de anestesias breves. Su administración en otras situaciones no permite apreciar ventajas sobre los barbitúricos rutinarios.

Es pronto para justipreciar su posición exacta; debemos dejar pasar el entusiasmo inicial y esperar a que una mayor experiencia, libre de espejismos, sedimente sus verdaderas posibilidades.

Por el momento, nosotros no le reconocemos suficientemente ventajas para reemplazar a los barbitúricos, oxigenados y azufrados, que administramos en nuestra práctica clínica cotidiana.—AUTORRESUMEN.

UROLOGÍA

DÍAZ RUBIO, M.; ZAMORA, E., y HERNÁNDEZ PEÑA, M. (Madrid).—«EFECTO DE LA NEFRECTOMÍA UNILATERAL JUNTO A LA LIGADURA DEL URÉTER DEL OTRO RIÑÓN, SOBRE LAS PROTEÍNAS DEL PLASMA.» «*Revista Clínica Española*», *77, 6, 377, 1960. Madrid.*

CON el fin de comprobar la acción del riñón sobre la regulación de la proteinemia, realizan los autores, en un lote de siete perros, en los que previamente han estudiado la proteína y el fraccionamiento proteico por electroforesis en condiciones basales durante varios días, una extirpación unilateral de riñón con ligadura del uréter del otro lado. A continuación investigan de manera seriada la proteinemia cada veinticuatro horas, comprobando una inversión del cociente albúmina-globulinas, un descenso de la albúmina, con aumento de la alfa 2 globulina y de la beta 1, y con modificaciones bifásicas de la gamma globulina, que desciende al principio para elevarse al día siguiente. Juntamente con esto, la cifra total de proteínas experimenta una elevación que los autores interpretan debida, en parte, a la hemoconcentración secundaria al paso de agua y electrólitos al espacio intersticial.

Sostienen los autores que estas modificaciones de la proteinemia son parecidas a la del síndrome nefrósico (a excepción de la hiperproteinemia) e indicarían el papel del riñón en la regulación de la proteinemia. Creemos, sin embargo, que una modificación de este tipo podría deberse a la importancia de la agresión que supone para el organismo una intervención de la categoría de la practicada en sus perros.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

JUNQUERA VILLA (Oviedo). — «RIÑÓN EN ESPONJA.» «*Cirugía, Ginecología y Urología*», *vol. XIV, n.º 2, págs. 161-165, marzo-abril 1960. Madrid.*

A pesar del pequeño número de casos publicados, el riñón en esponja nos parece una afección perfectamente individualizada. De etiología disembriogénica, se caracteriza por la pobreza de signos clínicos; la piuria, lo más a menudo sin cistitis, y en ocasiones la hematuria, son los síntomas dominantes. Es el examen radiológico, con las cavidades irregulares intrapiramidales y como colgadas de los cálices, poco alterados, el carácter esencial que nos conducirá al diagnóstico de la enfermedad. La función renal permanece inalterada durante mucho tiempo, ya que la afección, de apariencia poco evolutiva, es largo tiempo bien tolerada, como en el caso que presentamos.—AUTORRESUMEN.

HEMATOLOGÍA

CASELLAS BERNAT, A. (Barcelona). — «NUEVOS CONCEPTOS SOBRE LA COAGULACIÓN Y SU RELACIÓN CON LA ARTERIOESCLEROSIS.» «*Arch. Exp. Med. Int.*», *6, 1, 1, 1960. Barcelona.*

LA relación de la arterioesclerosis con un trastorno de la coagulación fue sospechada ya por Rokitansky, que en su primitiva

cencepción consideraba que el depósito de fibrina en la pared arterial podría ser el comienzo de la lesión.

Esta teoría parece ser confirmada por los actuales conceptos de la coagulación, que consideran la existencia de dos sistemas: uno fibrinoformador o coagulante, y otro fibrinolítico y anticoagulante, que se encuentran en un equilibrio dinámico de forma que continuamente se están formando pequeñas cantidades de fibrina, que son inmediatamente destruídas.

En la arterioesclerosis habría una tendencia a la hipercoagulabilidad, y aquí estaría el fundamento de la terapéutica anticoagulante permanente.

La experiencia demuestra que hay que mantener una coagulabilidad inferior al 30 por ciento de la normal, pues con descensos de la coagulabilidad del 50 por ciento, la protección obtenida es nula.

Para mantener un tratamiento anticoagulante de este tipo se requiere una continua vigilancia de la coagulabilidad mediante pruebas de laboratorio, que son complejas y costosas, siendo éste el principal inconveniente de este tipo de tratamientos. Recientemente, Owren ha introducido una prueba, el trombotest, que de manera sencilla permite un control de la coagulación a la cabecera del enfermo y que seguramente ha de influir en la difusión de los tratamientos anticoagulantes.—G. GUILLÉN MARTÍNEZ.

EXTRANJERAS

MEDICINA

SICARD, A. (París). — «LO QUE LA CIRUGÍA PUEDE CONTRA LA CIÁTICA.» (*Qui peut la Chirurgie dans la sciatique?*) «*Gazette Medicale de France*», *t. 65, pág. 573, marzo 1958. París.*

EL tratamiento quirúrgico puede dar, en ciertos casos bien determinados de ciática, resultados espectaculares con curación definitiva de enfermos en que fracasó el tratamiento médico o fisioterápico. Las indicaciones principales son la hernia discal, ciertas protrusiones discales, fractura aislada de una apófisis articular y los tumores de la cola del caballo.

La etiología de la ciática es a veces difícil de establecer con precisión, y por ello, para hacer el diagnóstico, se hará interrogatorio detenido, exploración minuciosa y radiografías de la región lumbosacroilíaca; la dificultad diagnóstica está en que no hay ningún signo físico ni radiológico patognomónico de la hernia discal. Unicamente la mielografía con lipiodol puede a veces aclarar las dudas.

Otra dificultad está en saber el momento en que se ha de operar. Se debe operar sin dilación en la ciática hiperálgica y en la que produce parálisis. En los demás casos, ninguna regla se puede dar, excepto el fracaso de tratamientos médicos anteriores. La técnica operatoria debe ser lo menos mutilante posible y siempre extradural, descubriendo bien la lesión, liberando la raíz y suprimiendo el agente de compresión. La radicotomía no se hará sistemáticamente, sino cuando sea el síndrome doloroso muy intenso, y en estos casos se seccionará la raíz sensitiva de L_5 ó S_1, pero no las dos a la vez.

Con esta técnica, el autor ha obtenido, con una experiencia, desde 1942 a 1957, de mil ochocientos setenta y dos casos, un 86 por ciento de curaciones definitivas, un 10 por ciento de resultados medios y un 4 por ciento de fracasos, con 1'5 por mil de mortalidad. Los fracasos se debieron a errores diagnósticos o a operaciones incompletas.—PÉREZ-GIL.

APARATO DIGESTIVO

KLATSKIN, J.—«HEPATITIS VIRAL Y CIRROSIS.» «*Amer. J. Med.*», *25, 333, 1958. New York.*

LA opinión generalizada de la mayor parte de los hepatólogos concede que alrededor del 10 por ciento de los casos de cirrosis hepática corresponden al tipo histológico post-necrótico. La práctica de las biopsias por punción ha permitido a los clínicos asegurar esta hipótesis formulada con anterioridad. Muchos de estos casos de cirrosis post-necrótica tienen una etiología desconocida, sospechándose, sin poderlo asegurar, la responsabilidad del virus de la hepatitis. Cuando una cirrosis sucede a continuación de una hepatitis viral ictérica aguda, la correlación nosológica está perfectamente clara; pero cuando no existe el antecedente de la ictericia en el curso del proceso, es preciso admitir la posibilidad de la necrosis hepática subaguda con un curso perfectamente anictérico.

Este razonamiento se basa en la identidad semiológica de ambas formas de hepatitis: la ictérica y la anictérica, si se prescinde del síntoma ictericia, y en la identidad histológica de las dos afecciones.

En una reciente publicación de Klatskin se refieren nueve observaciones de necrosis hepática subaguda que terminaron por una cirrosis post-necrótica, comenzando el proceso con un cuadro de hepatitis viral anictérica. Todos los enfermos fueron estudiados periódicamente por medio de biopsias hepáticas, incluso en las fases precoces de su hepatitis, evidenciándose los rasgos histológicos en toda su evolución.

Discute este autor el problema de los factores que condicionan la ictericia en una hepatitis viral. Se ha hablado de la posibilidad de existencia de dos razas distintas de virus y también de la constelación endocrina del enfermo. A su juicio, sin embargo, la cantidad de parénquima hepático funcionante es lo que decide si ha de desarrollarse o no la ictericia en una hepatitis o en una necrosis hepática. Mientras que en unos pacientes la regeneración hepatocelular tiene lugar a un ritmo rápido, que compensa la disminución en la eliminación de la bilirrubina motivada por la destrucción del hígado, en otros no sucederá así y la necrosis sobrepasa a la capacidad de regeneración.

Hay que considerar la frecuencia del sexo femenino en el grupo de hepatitis o necrosis hepáticas anictéricas, interpretando Klatskin esta preferencia como el resultado de una mejor defensa frente al virus por parte de la mujer, semejante a la que ofrecen las hembras de las ratas en los laboratorios de experimentación ante la agresión hepática con el tetracloruro de carbono.

Algunos pacientes estudiados por Klatskin presentaron en las fases más graves de su cirrosis hepática un síndrome de ictericia colostática, seudoobstructiva, semejante al descrito por Watson y Hoffbauer de cirrosis colangiolítica de etiología viral. Esta asociación de ictericia, prurito, hiperglobulinemia y cifras altas de la turbidez del timol puede ser considerada como una auténtica cirrosis biliar primaria. No existía en ningún caso xantomatosis ni hipercolesterinemia, rasgos bioquímicos que tampoco son característicos de la cirrosis biliar primaria o pericolangiolítica. Afirma el autor que la entidad clínica conocida con el nombre de cirrosis biliar primaria es un síndrome debido a diversos factores etiológicos, algunos de los cuales se desconocen todavía.

Se ha afirmado hasta ahora la rareza de la cirrosis hepática como terminación de las hepatitis virales. Si se parte de la observación de hepatitis en sujetos jóvenes del sexo masculino, es muy razonable esta afirmación; pero si se estudian detenidamente casos de cirrosis post-necrótica y de necrosis hepática subaguda en mujeres o en hombres en los que el alcohol y la desnutrición no pueden ser tenidos en cuenta como factores patogénicos, la opinión sobre la frecuencia del factor viral en la etiología de estos pacientes tiene que ser fundamentalmente distinta. El trabajo de Klatskin termina recomendando una cuidadosa anamnesis de todos los pacientes cirrósicos y la admisión del papel de los virus en todos aquellos casos cuya etiología es desconocida.—E. ARIAS VALLEJO.

CARDIOLOGÍA

BENOIST, F.; RATHERY, M., y HERAUD, G.—«CONSECUENCIAS CARDÍACAS DE LOS ESTADOS DE HIPOGLUCEMIA.» *(Consécuences cardiaques des états d'hypoglucémie.)* «*La Presse Médicale*», *n.º 30, junio 1960. París.*

LOS autores hacen un estudio de las acciones que la hipoglucemia provoca sobre el corazón, y llegan a plantear la cuestión de si el angor que se produce es consecuencia de la hipoglucemia o de la tasa de insulina elevada, a lo que responden diciendo que se debe a la hipoglucemia, si bien admiten que en el curso del tratamiento con insulina se puede ver alguna rara vez la aparición de un infarto de miocardio.

En cuanto a la génesis de estos trastornos, las dos teorías más probables, según los autores, son: 1.ª, aquella que achaca la aparición de los trastornos a la elevación de la tasa de adrenalina en los casos de hipoglucemia, y 2.ª, el infarto sería debido a la acción antiheparínica de la insulina protamina cinc. Y, por fin, hay quien piensa que sería debido a una tasa elevada en sangre de cortisona producida en los estados de hipoglucemia.

Durante estos estados de hipoglucemia observan los autores un pulso hipertenso con aumento, algunas veces, de la tensión arterial; observan que la aparición de la retinopatía diabética es más llamativa en los casos en que se dan varios accidentes hipoglucémicos. Pero lo más llamativo son las alteraciones electrocardiográficas, en las que se observa un alargamiento de QT, con T baja y aplanada, aparición de una onda U, depresión de ST con una onda T que casi desaparece, alargamiento del espacio PR, siendo lo más frecuente encontrar solamente alguna o algunas de estas modificaciones.

Comentan los autores la importancia que tiene en estos estados el saber que las al-

teraciones electrocardiográficas son también expresivas de la disminución del potasio debido al metabolismo alterado de la glucosa, pues, según ellos, basta para producir un estado de hipocaliemia con administrar al sujeto una dosis suficiente de glucosa (que un caso de ellos fue de 100 gramos, con una cantidad de insulina bastante).

Los autores llegan a la conclusión de que una hipoglucemia profunda determina una descarga de adrenalina que parece ser la responsable de los accidentes cardíacos, en un diabético que tenga una afección coronaria, la aparición de una hipoglucemia es nefasta, si las alteraciones electrocardiográficas son también expresivas de una disminución del potasio estos trastornos responden mejor que a la administración de glucosa a la administración de sales de potasio.—A. García Lejarreta.

APARATO RESPIRATORIO

WIMAN, L. G.—«Citología de esputos y lavado bronquial en el cáncer de pulmón.» (*Cytologic examination of sputum and bronchial washing in carcinoma of the lung.*) «*Acta Soc. Med.*», *64, 491, 1960. Uppsala.*

En estos últimos quince años, el diagnóstico histológico de los procesos malignos ha avanzado extraordinariamente gracias a la investigación en las distintas secreciones de las llamadas células expoliadas. Utilizando la técnica de Papanicolaou, pueden obtenerse resultados correctos hasta en un 97 por ciento de los casos, sin que haya diferencias apreciables entre la investigación en el esputo o en los lavados bronquiales. Un inconveniente del método, aparte de las dificultades técnicas, es un número bastante elevado (hasta un 8 por ciento) de resultados positivos falsos. La repetición de los exámenes hace que este porcentaje disminuya.

El autor refiere algunos casos acompañados de microfotografías, en que los resultados fueron brillantes.

Una nueva técnica, la de Barrnet, Seligman y Bahr, para la investigación de los frotis de las células malignas, está basado en la investigación histoquímica de la mayor proporción en grupos tioles de estas células, por lo que, tratadas con reactivos adecuados, presentan una fuerte hipercromasia que las hace fácilmente reconocibles a pequeño aumento. Esto permite su rápida búsqueda y la caracterización de malignidad o no de estas células.

El autor cree que este método, por disminuir el trabajo y el tiempo empleado, facilitará el diagnóstico citológico de estos procesos.—Peg Juarrero.

PEDIATRÍA

«IL LATTANTE», *año 29, núm. 10, octubre de 1958.*

Este número de esta interesante revista italiana está dedicado a recoger todas las comunicaciones que tuvieron lugar en la Estación Termal de Salsomagiore, con motivo del VII Congreso Italiano de Pediatría, dirigido por el profesor A. Laurinsich, Director de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Parma. La reunión pediátrica tuvo lugar con gran número de pediatras, neurólogos y sociólogos, todos ellos dedicados a procurar estudiar y resolver los problemas clínicos y terapéuticos de un tema de tan interesante actualidad como lo es el de la epilepsia en el niño.

El primero de los trabajos estudia «La epilepsia en el niño y los estados afines», del doctor Laurinsich; el profesor Imperator trata de la «Clínica y tratamiento de la epilepsia en el niño»; Lenducci-Rubini, del «Cuadro electroencefalográfico de la epilepsia infantil».

A continuación se exponen las intervenciones en la discusión de los diferentes asistentes al congreso y las comunicaciones relacionadas con el referido tema, entre las que destacamos las siguientes:

Profesor Vergani y doctor Aldeghi: «Experiencia de la terapéutica antiepiléctica en relación con la neuropsiquiatría infantil».

Profesor Cheñi y doctor Cavazzuti: «Relación clínico-estadística y electroencefalográfica sobre la epilepsia infantil en la experiencia de la clínica pediátrica moderna».

Doctores Cavazzuti y Lanzoni: «Orientación terapéutica actual en la epilepsia infantil».

Doctor Gambaro Carla: «El problema endocrino-metabólico en la etiopatogénesis de la epilepsia infantil».

Profesor Murano y doctor Ferola: «Algunas consideraciones sobre el espasmo afectivo y los equivalentes en la primera infancia».

Doctores Palesi y Vannuchi: «La epilepsia abdominal. Contribución casuística».

Doctores Pardelli y Ferretti: «La epilepsia post-traumática en el niño».

Profesor Tangheroni y Bottone: «Epilepsia y tetania».

Profesor Montanari: «Consideraciones sobre la importancia de la distocia en la epilepsia de la infancia».—A. Mallóu.

LATO, SEVERI y ANTONELLI. — «Un caso de afibrinogenemia congénita.» «*Il Lattante*», *año 29, núm. 11, noviembre de 1958.*

Presentan los autores un niño con anamnesis sin nada destacable, nacido a término y de 4'200 kilogramos, con parto eutócico,

tomó el pecho bien a las veinticuatro horas de nacer, cuyo cordón umbilical cicatrizó al sexto día de nacer, sin sangrar, y que empezó a no querer el pecho materno y estar amodorrado desde el sexto día, llorando cada vez más, por lo que es ingresado en la clínica pediátrica de Peruggia, diagnosticado de sepsis en estado tóxico.

En el momento de su ingreso se observa su cianosis perioral, deshidratación intensa, escasa reacción a los estímulos, disnea intensa, auscultación normal, pulso pequeño y acelerado, abdomen normal, órganos hipocondríacos con límites normales, disminución de los reflejos rotulianos y aquíleos; en el pulgar de la mano izquierda, pequeña lesión supurada.

Al practicársele una inyección intramuscular de extracto de corteza suprarrenal, se observa una prolongada sangría en el punto de la inyección, se le hace una terapéutica de gota a gota, intravenoso, con 50 mgrs. de polivinilpirrilodona, 25 mgrs. de bristaciclina y medio gramo de vitamina C, seguida de una transfusión de 30 c. c. de sangre y 25 c. c. de plasma, además de la aplicación de coaguleno, vitamina K, rutina, etc.

Las hematemesis y melenas han sucedido a los anteriores trastornos.

Los padres solicitan el traslado del enfermito a su domicilio a las seis horas, donde fallece.

Los estudios hematológicos demuestran una completa ausencia de fibrinógeno en el plasma sanguíneo del niño, siendo, en cambio, la cifra normal en los progenitores.

Sin duda, la hematemesis y la melena que padecía este niño era consecutiva a la toxiinfección intensa que padecía, lo que desencadenaba una hemorragia vascular que se mantenía por la afibrinogemia.—A. Mallóu Labrador.

REALE, V., y FELICIANGELI, T.—«La anemia por la leche de cabra.» (*L'anemia da latte di cabra.*) «*Il Lattante*», *año 29, núm. 11, noviembre de 1958.*

Entre las anemias megaloblásticas, perniciosiformes, primera descrita en el lactante de tipo alimenticio, está la de leche de cabra descrita por primera vez, en 1916, por Scheltema.

En seguida fueron descritas otras anemias perniciosiformes alimenticias en el lactante, pero ninguna tan específica y tan característica como esta.

Los dos casos presentados por los autores corresponden a dos niñas de diez y nueve meses, respectivamente, cuya alimentación había sido llevada a cabo exclusivamente por leche de cabra.

El peso de las niñas era inferior al normal en la primera de las niñas en un 23 por ciento, y de un 13 por ciento en la segunda. En esta última el déficit era más aparente, ya que se trataba de una niña cuya estatura era superior a la normal y que tenía edema en las extremidades articulares.

Esta distrofia discreta es un síntoma que diferencia la anemia por leche de cabra de la producida por leche de vaca, que no suele ir acompañada de alteración en el peso del niño que la padece.

Además, discreta hepatomegalia, discromia arriboflavínica supraauricular, manifestaciones raquíticas y hasta escorbúticas endrocostales y cefálicas, notable palidez de las mucosas, discreta hepatomegalia. Despeños enteropáticos frecuentes, hipoquilia.

Manifestaciones hemorrágicas cutáneas de tipo petequial con hipoascorbinemia marcada, positividad a la prueba del lazo, etcétera.

La característica poliavitaminósica del cuadro clínico, amén del carácter perniciosiforme del cuadro hematológico y la etiología de alimentación unilateral por leche de cabra, nos dan, en fin, dos cuadros clínicos clásicos en los que su problema principal es la alimentación completa, variada y diversa, y en los que se estudia por los autores la terapéutica más adecuada, y encuentran que responden mejor a la vitamina B_{12} que al ácido fólico. Con lo que se pretende aclarar un problema tan trascendental como es el del tratamiento de estos procesos, por un lado, y el de la etiopatogenia de los mismos, por el otro.

La Vitamina B_{12} cura a estos niños por vía oral. He aquí otro dato que merece la pena tener en consideración.

Los despeños enteropáticos, casi constantes en niños nutridos ya unilateralmente, justifican de sobras el cuadro distrófico y carencial que estas dos niñas presentan y que se incrementa con la desnutrición que éstos favorecen. — A. Mallóu Labrador.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960
CONGRESOS

CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE AUDIOLOGÍA
(Bonn, septiembre de 1960)

Se ha celebrado en Bonn, capital de Alemania Occidental, el quinto Congreso de la Sociedad Internacional de Audiología, bajo la presidencia del profesor Lüscher, de Basilea, y la vicepresidencia de los profesores Tato, de Buenos Aires; Van Dishoeck, de Leiden, y Langenbeck, de Bonn.

El lugar de las conferencias fue la Beethovenhalle. El Congreso fue organizado por el profesor Langenbeck, siendo patrocinado por el Sr. Ministro del Interior de la República Federal, Dr. Schröder, quien el miércoles 28 de septiembre invitó a los congresistas a un concierto de órgano, donde oímos al solista Förstemann interpretar a Bach, Max Reger, etc., y a la orquesta de Bonn, bajo la dirección de von Wangenheim, el concierto sinfónico en do menor de Beethoven.

El tema oficial del congreso fue «Diagnóstico diferencial de los desórdenes del aparato nervioso acústico», con tres puntos a discutir en mesa redonda. El primero, «Sorderas centrales y corticales en los adultos»; el segundo, sobre «Fisiología, patología funcional y significación clínica del fenómeno de recuperación (Recruitment)»; y el tercero, sobre «Adaptación y fatiga auditiva, fenómenos relacionados con ellos y su importancia clínica».

Se presentaron cuarenta y cinco trabajos, llamando la atención los de los tres españoles. Profesor Azoy, de Barcelona, quien llevaba un interesantísimo trabajo sobre sus experimentos en la producción de fatiga auditiva con ruidos de banda estrecha; presentó unas fotografías de análisis osciloscópico de los componentes de los ruidos de banda estrecha, de gran valor para los análisis tonales. Fue muy aplaudido al terminar su interesante comunicación. El doctor García Ibáñez, también de Barcelona, presentó un importante trabajo sobre la revisión de las indicaciones de la cirugía de la sordera otoesclerosa, haciendo un estudio desde los tiempos históricos de la fenestración hasta la cirugía de estribo y ventanas, proyectando esquemas que hicieron fácilmente comprensible su valiosa comunicación; hizo especial mención a la por él llamada «sonoinversión», que dijo era técnica que resolvía muchas dificultades, por él ideada, y de la que fue el primero en publicar sus resultados, ya numerosos. Fue felicitado calurosamente el doctor García Ibáñez. El doctor Mozota Sagardía, de Santander, disertó sobre los problemas de inhibición de fibrosis y patología de ventanas en la cirugía funcional del oído; proyectó fotografías en colores tomadas con el microscopio operatorio, de diversas intervenciones de sordera en oídos; habló sobre el empleo de corticoesteroides y sus derivados, que él empleó por primera vez en el mundo, siendo acogido hace diez años con extrañeza, pero empleándolo ahora todos los que hacen cofocirugía; asimismo revisó todas las substancias empleadas actualmente ante el problema de inhibición de fibrosis: EDTA, alfaquimotripsina, fibrolisina, fermentos diversos vegetales proteolíticos, etc. Fue muy felicitado por los otólogos, que se interesaron vivamente por estos trabajos. Fue muy interesante la actuación de los tres colegas españoles. También estuvieron en el congreso los doctores Torrens y Pulido, de Barcelona.

Presentaron trabajos los profesores y doctores Gastaldi, de Milán; Greiner, de Estrasburgo; Brunetti, de Turin; Lafon, de Lyon; Bocca, de Milán; Calearo, de Milán; Matzker, de Mainz; Bentzen y Hansa, de Aarhus; Hinchcliffe, de Londres; Maspetiol, de París; Morimoto, de Niigata City; Röser, de Frankfurt; Schmidt, de Friburgo; Goetzinger, de Kansas City; Groen, de Utrecht; Götze, de Budapest; Peroncini, de Niza; Hood, de Londres; Jerger, de Chicago; König, de Basilea; Lundborg, de Estocolmo; Wagemann, de Kiel; Zwislocki, de Siracusa; Schulthess, de Zurich, etc., etc.

Hubo la parte no científica, con recepción por el Primer Alcalde en el antiguo Ayuntamiento de Bonn; recepción por el Sr. Ministro del Interior en el restaurante de la casa de la ciudad de Bad Godesberg; banquete de cena en la Sala Beethoven; visita a la Beethovenhaus; excursión por el Rhin en la motonave «Europa»; excursión por Eifel; visita a la iglesia María Lach; visita a Colonia, con delicados regalos para las señoras de los congresistas; visita al Parlamento de Bonn, y almuerzo en el restaurante del mismo.

La señora del profesor Langenbeck atendió a las señoras de los otólogos, que fueron muy agasajadas. — R. MOZOTA SAGARDÍA.

CLÍNICA Y LABORATORIO
NÚM. 417 - TOMO LXX
DICIEMBRE 1960
SECCIÓN VARIA

ALGUNOS ASPECTOS DE LA DEONTOLOGÍA PROFESIONAL

POR EL
DR. ESTEBAN AZPEITIA GUTIÉRREZ
PRESIDENTE HONORARIO DE LA HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN DE ZARAGOZA

Traigo, para ofrecéroslas, unas cuartillas escritas, porque así he podido calcular el tiempo de mi intervención, pues considero como deber que sea breve. También de esta manera estoy más cierto de no cometer un desliz en la exposición de las ideas; pero por otra cosa no, que no puedo sentir temor ante vosotros: Precisamente en ocasiones como ésta el ánimo parece descansar en la frescura de un oasis rodeado del inhóspito desierto de los egoísmos de la vida; parece disfrutar de lo grato que, de vez en cuando, la bondad de Dios nos concede. Y es que el hombre, social por naturaleza, se encuentra satisfecho entre semejantes suyos, más cuanto mayor sea esta semejanza, como en nuestro caso, pues tenemos un denominador común. Mi satisfacción sube de punto al verme en un ambiente cosmedamiano, aunque no en el lugar habitual para nosotros, sí rodeado de hermanos, de esa Hermandad a la que sin regateo dediqué siempre mi sacrificio, pero que me correspondió con delicadeza superior a lo que merecí. Y también de compañeros todos grandemente estimables para mí y por los que hoy siento mi predilección, por lo que quiero dedicarles de modo particular esta modestísima actuación.

En estos momentos contemplo un hecho singular: yo os hablo y vosotros, con mayor saber y mérito, me escucháis. ¿Por qué? Hace años leía a un filósofo de la antigüedad, Epícteto, que a pesar de su condición de esclavo tenía un alma libre y elevada creyendo en una sola deidad; lástima es que la época en que vivió no le permitiera conocer a Cristo, porque tiene palabras que el cristiano más fiel podría suscribir. El dice, que así como el director de la tragedia señala el papel a cada uno de los actores, así en la comedia de la vida a cada uno nos toca representar el personaje que el Ser Supremo nos adjudique. La Providencia parece a veces actuar por delegación y con sus misteriosos hilos, sin menoscabo de la libertad de los hombres, impone sus designios. A mí, en esta ocasión, me ha colocado bajo una dirección a la que acato sumiso y con humildad, que no es otra que ponderar las cosas cual realmente son, me apresto, pues, a representar mi papel.

Conferencia pronunciada en Alhama de Aragón, el día 4 de septiembre de 1960, con motivo del Primer Ciclo Regional de Apostolado Cosmedamianano.

He pensado qué debía deciros, de qué había de tratar. No me pareció oportuno traer aquí un tema de moral doctrinalmente abordado, más propio de nuestra Academia Deontológica, y por eso me parece mejor limitarme a comentar algunas ideas que han tomado carta de naturaleza entre la clase médica. Llegó a mi mano algo que la bien cortada pluma de nuestro Marañón nos ha legado en sus «Ensayos sobre Etica y Vocación», y aquí he encontrado apoyo para esta brevísima actuación; porque muy breve debe ser y quiero que sea.

A la muerte de nuestro compañero —como él se llamaba, aunque más justo sería decir maestro—, el campo nacional, y con mayor profundidad la parcela médica, se vio inundado por copiosísimo torrente de elogio y alabanza, que en esta ocasión no son flores sobre el difunto, porque en vida lo mereció sobradamente; todo lo que él ha dicho, comentado o escrito, adquirió la máxima actualidad; sin distinción, todo parece artículo de fe. La avalancha tuvo tal intensidad, que todavía perdura, hasta que con el transcurrir del tiempo vaya cediendo su caudal para convertirse en arroyuelo que perdurará por su densa calidad, que de otro modo no puede suceder con la obra del genio; pues de no serlo, como en tanto caso de oropel, el curso se desecaría enseñoreándose el olvido prestamente.

Pero entre lo mucho que Marañón nos ha dejado en sus escritos, no todo es aprovechable, y hasta creo que alguna de sus ideas merece una crítica analítica, con el debido cuidado y sólida ecuanimidad, siempre que en este empeño se ponga la máxima delicadeza; tanta, al menos, cuanta él puso al combatir a quienes no pensaban como él. Parezco a primera vista muy atrevido, por parecer enfrentar mi pobreza de armas a quien las manejó siempre primorosamente. Por otro lado, la postura aparenta poca gallardía una vez desaparecido el sabio.

Pero todo tan sólo en apariencia, porque yo me complazco en proclamar en esta ocasión mi admiración hacia la ingente figura de don Gregorio; mi postura humilde de discípulo, el último de todos, que tanto tiene que aprender de su ciencia médica, mucho en verdad; mi aceptación, también de algunas reglas deontológicas por él pescritas y la mayoría de los consejos sociales que apunta para un mejor ejercicio de la Medicina. Y ello con el máximo fervor de los más sinceros admiradores. Yo no pretendo enfrentarme al hombre genial, tan admirado, que en todo caso no sería ahora por respeto a su memoria.

Pero el error no puede imponer tal postura y, en cambio, estimula a romper la propia lanza en servicio de la Verdad, esa gran señora que tanto debemos amar, que es todavía más que querer, porque el amor supone una preferencia libre y gratamente aceptada.

Justo es señalar que leyendo estas cosas que deseo comentar, el error no es tan manifiesto como parece. Cuando se habla o escribe con sinceridad, con convencimiento, suele ponerse pasión, y entonces es fácil que se deslicen conceptos que deformen las ideas; porque después, como si fuese una rectificación aclaratoria, viene a dejar traslucirse la verdad. Pero, aun contando con esto, no deja de ser peligrosa una expresión de preciso significado, más si quien la escribe tiene gran autoridad y, sobre todo, si no es muy recta la intención del lector, que bien pudiera ver en aquello un plato apto para su paladar.

Hechas estas previas consideraciones que he juzgado necesarias y que ya debo dejar para no molestaros demasiado, voy a entrar en materia rápida y brevemente.

El Decálogo, suprema Ley del cristianismo, expresa con toda claridad: «No mentirás», y por mucho que se lucubre, resulta cierto que no se debe mentir; que siempre la mentira será conculcar la Ley suprema de un Altísimo legislador.

Que la ética podrá señalar accidentes modificativos que regulen el grado de responsabilidad, cierto; pero que nunca autorizará a mentir, pues el juicio de ningún moralista puede modificar el juicio de Dios.

Vertía yo esta idea en cierta ocasión, oponiéndome a un compañero, por otro lado bien intencionado, aunque completamente confundido, quien estimaba que el médico está autorizado a mentir ante un enfermo en el que la verdad puede de-



GRUPO DE MIEMBROS EXCURSIONISTAS DE LA HERMANDAD EN EL PÓRTICO DE LA IGLESIA DE SANTA MARÍA, DE CALATAYUD

primir el ánimo con funesta repercusión en el soma. Tuve necesidad de apurar la argumentación en defensa de mi tesis, aclarando lo que yo estimaba la conducta recta en diversos casos. Por cierto, que mis objeciones, aun expuestas con todo el cuidado y suavidad de que fui capaz, me proporcionaron el disgusto, dolor grande, de convertir a un compañero en enemigo personal —enemigo por su parte—, como su proceder demostró después, cuando ocasión hubo por ello, haciéndome un daño que le fue posible. Daño he dicho, pero me equivoqué, pues para el cristiano,

aun siendo indigno como yo, esto no debe llamarse daño, sino ventura, que muchas veces la miopía del apasionamiento la presenta con ropaje doloroso. Nuestro inolvidable Pío XII, ya nos decía hace una veintena de años, precisamente a los médicos, que «Es una idea específicamente cristiana ver en el dolor un signo del amor de Dios y un manantial de gracias».

Pero este caso particular poco interesa, y si lo traigo a colación es para mostraros mi íntimo convencimiento de que nunca el médico debe mentir; de que jamás está autorizado a ello, aunque de momento la mentira favorezca al enfermo, quizá sólo aparentemente; aunque resulte la postura más cómoda y fácil para huir a un descrédito social, al que muchos temen, despreciando, en cambio, el descrédito ante Dios.

Por eso me impresionó tanto leer lo que Marañón escribe textualmente en el lugar antes indicado: «El médico, pues, digámoslo heroicamente, debe mentir». Cierto que siguen y anteceden consideraciones que pretenden justificar tal afirmación; pero ya he manifestado antes que no se puede admitir que un hombre, por gran ingenio que posea, por dilatado que resulte el campo y poder de su inteligencia, pueda oponerse a la infinita sabiduría del Señor. Por grande, también, que sea su criterio y espíritu de justicia, no podrá enfrentarse en materia legislativa a las disposiciones de un supremo Legislador; supremo en saber, supremo en justicia, supremo en amor, con suprema certeza en todo..., infinitamente. Pensad lo que este infinito representa. Yo confieso que de tan grande no llego a comprenderlo. En cambio, el hombre, por coloso que se crea, ¡es tan pequeño...!

Y más adelante dice, también literalmente: «En ocasiones, el pecado —hace referencia a la mentira— se convierte en obligación. Lo pecaminoso entonces es la verdad». Puede admitirse este carácter pecaminoso cuando decir verdad entraña un propósito poco recto de vanidad en servicio de una fama personal, aunque con terrible impacto en el psiquismo del enfermo o de sus allegados; cuando se encamina en propio beneficio, sin recordar siquiera que la caridad debe ser flor cuidadosamente cultivada en el jardín del médico; entonces sí, porque a la verdad se la prostituye, convirtiéndola en medio para servir a un fin equívoco. Pero la verdad, fuera de este caso u otros que pudieran proponerse, la verdad «per se» no es pecado, no puede serlo precisamente por ser oponente a lo sancionado en el Decálogo.

La solución al problema es otra, y con frecuencia se equivoca el camino en el deseo de hacerlo más fácil, menos pedregoso y empinado. Hay que reconocer que no mentir es, a veces, cosa no sencilla; resulta en ocasiones incómodo y es preciso encontrar el medio para seguir la recta del deber. Si la Ley prohibe mentir, no obliga a decir verdad, y, con mayor o menor dificultad, podrá lograrse ocultar lo verdadero sin necesidad de sustituirlo por lo falso. Para esto es buena norma, que yo aprendí con la experiencia, el no hablar demasiado al enfermo de su dolencia, y del mismo modo a sus familiares; quien habla demasiado, aumenta las dificultades y con frecuencia tropieza en el error. He aquí un peligro más de ese charlatanismo tan arraigado a la cabecera de los enfermos.

Ocultar la verdad, si así conviene; pero no mentir jamás. He aquí la prescripción moral perfecta, pues llena la indicación siendo innocua y no teniendo, como la falsedad tiene, contraindicación formal, absoluta.

* * *

Permitidme un comentario, al margen de estas cuartillas, de algo que en este momento viene a mi mente y que puede servir de magnífico ejemplo de lo que estoy tratando. Lo saco del Evangelio.

Leyendo el pasaje de la mujer crónicamente enferma de flujo de sangre, hay que admirar su gran fe cumplidamente correspondida con la misericordia de Jesucristo. En el maravilloso relato evangélico, lleno de vida y color, se consideran copiosos detalles de la enfermedad, algunos, me atrevería a decir, poco gratos para las clases sanitarias. Pero si los evangelistas coinciden en lo fundamental, en la verdad siempre, no así en su exposición; porque en el relato de Lucas, el «amado médico», se omiten cosas, y al hacerlo así tiene para los médicos de las generaciones todas que en el transcurso de los tiempos habían de sucederse, una gran delicadeza que hemos de agradecerle.

San Lucas, en su evangelio, en este punto concreto, dice la verdad, no miente, pero calla lo que considera ingrato y no imprescindible. He aquí el ejemplo y enseñanza a nuestra conducta.

* * *

Y volviendo a nuestro camino trazado. El mismo autor dice también: «Yo he cumplido muchas veces con mi obligación, ocultando la verdad, a sabiendas de que al poco tiempo aparecería como error de mi juicio». Yo no dudo de que él no era sólo un buen médico, sino también un médico bueno. Esto es suficiente para afirmarlo, porque supone una postura heroica en el cumplimiento del deber profesional. A esto, que parece neutralizar lo antecedente, es a lo que me refería antes; esto que se presta a interpretaciones equivocadas y encierra peligro cierto, pues cada lector puede aceptar lo que más le agrada, arrimando el fuego a su vianda. Por eso, lo repito una vez más, es necesaria gran precisión y claridad en la expresión de estas cuestiones para alejar toda duda.

Deseo abreviar, pero no puedo menos que afirmar con energía que la Deontología sanitaria ha de tener muy presente el octavo mandamienteo, al que de hecho se olvida con demasiada frecuencia.

Aunque en obsequio a la brevedad no es mi propósito agotar el tema, no quiero, al menos ligeramente, dejar de apuntar otro aspecto de la cuestión. La obligación de mantener la verdad no es absoluta, pues ya hemos visto que es lícito ocultarla, y aun conveniente a veces, cuando su reconocimiento sea nocivo por el peculiar psiquismo del enfermo u otras circunstancias ambientales que lo pueden aconsejar. Pero la obligación de presentar y mantener lo verdadero, cueste lo que costare, se impone a veces como ineludible deber. Del ilustre Pío XII, en uno de sus discursos a los médicos, copio lo siguiente: «Pero hay casos en los que, sin duda ninguna, se tiene el deber de hablar claramente, deber ante el que ha de ceder toda otra consideración médica y humanitaria. No es lícito ilusionar al enfermo o a sus parientes con una falsa seguridad, con peligro de comprometer de este modo la salvación eterna del enfermo, o el cumplimiento de obligaciones de justicia o de caridad. Sería un error querer justificar tal conducta, o explicarla, con el pretexto de que el médico se expresa siempre del modo que cree más oportuno para el interés personal del enfermo, y que es culpa de los demás si toman sus palabras demasiado al pie de la letra».

Del mismo Pontífice es la «Oración del Médico» compuesta con ocasión de una Asamblea de Médicos Católicos italianos, en la que, entre un conjunto de invocaciones preciosas, se suplica al Divino Médico la gracia de ser *incapaces de engañar*.

Más confusa y peligrosa es, a mi juicio, otra de las afirmaciones de Marañón, en sus «Ensayos» a que antes me refería. Dice: «No se precisan reglas de Moral, ni cursos de Deontología». Argumenta que todo depende de una buena vocación

y entusiasmo profesional, pues esto supone —dice él— una calidad moral excelente. Pero —digo yo—, quien carece de ese entusiasmo, de esa vocación, ¿necesita las normas morales? La afirmación de don Gregorio tendría, acaso, valor si todo médico estuviera en posesión de ese entusiasmo.

Pero, además, humildemente opino que esa vocación ideal para el ejercicio de nuestras profesiones, por desgracia no demasiado frecuente, no lleva implícita una rectitud moral; porque puede darse, y se da mucho, el caso del profesional enamorado de su ciencia, también de la correspondiente técnica, con resultados tangibles al llevarlas a la práctica, pero con lamentable ausencia de sentido moral. Yo recuerdo un episodio durante mi ejercicio rural de la Medicina. Junto con un compañero, veíamos a una mujer en trance de parto, cuyas características no he de abordar aquí. Yo exponía mi preocupación y temores por la vida del niño, y él me respondió con una frase que nunca he podido olvidar: «¡Qué importa fetillo más o menos!». Aquel médico tenía gran cultura científica y ejercía su profesión con mucho entusiasmo y grato resultado social, pues a la verdadera suficiencia de conocimientos unía destreza poco común en técnica obstétrica; pero... ¿lo tenía todo? Debo juzgar que carecía de freno moral para encauzar el proceder profesional. Ante este caso y otros que por tenerlos en la memoria podría presentaros, pero que no debo hacerlo para no alargarme, ¿se puede afirmar —así, clara y rotundamente— la inutilidad del estudio de la Deontología? No será preciso, aunque nunca inútil, en el profesional bien formado moralmente, pues ya en su conciencia lleva un cauce firme para dirigir sus actos. Pero, por ventura, ¿todos los médicos lo poseen?, ¿el título es por sí solo garantía suficiente?

No argumentemos que el temor a las leyes que la sociedad ha establecido constituye un obstaculizante eficaz, pues la experiencia enseña cuán poco vale esto precisamente para aquellos que carecen de un freno moral.

Además, puede abundar un entusiasmo muy diverso según sea la paternidad autoadoptiva que los hombres eligen: ¿para el bien?, ¿para el mal? ¿O será indiferente el entusiasmo por estar en realidad desviado hacia otro campo? De todo hay, unas veces en la viña del Señor, otras en la de enfrente.

Por estas consideraciones podemos concluir que ni la vocación ni el entusiasmo pueden bastar, a menos que no sean informados por la Etica. Y, lógicamente derivando, surge la conveniencia, más bien la necesidad, de los estudios deontológicos.

Por nuestra condición de católicos, simplemente, no pueden sernos ajenos estos problemas. En un editorial del «Boletín del Consejo General de Colegios Médicos de España», correspondiente a junio de 1960, leo que S. S. Juan XXIII, felizmente reinante, ha bendecido las tareas de la Academia Deontológica —aunque no especifica, supongo se trata de la de Madrid—, recordando la obligación de enseñar las normas de la moral católica en el ejercicio médico. He aquí algo que a nosotros, sanitarios creyentes, nos incumbe y no podemos despreciar.

Yo podría apurar la cuestión y traer argumentos para reforzar esta tesis, como lo hice en la Asamblea de Hermandades de San Cosme y San Damián celebrada en Zaragoza el año pilarista; pero ya he dicho que no era éste mi propósito. Solamente he querido apuntar algo que os invite a meditar errores que tomaron carta actual entre los sanitarios.

Todos nosotros hemos tenido la inmensa suerte de haber visto la primera luz del mundo en un hogar cristiano; de haber tenido un padre bueno y una madre abnegada, que nos llevaron, paso a paso, hacia Dios. Desde pequeños hemos sentido en nuestra intimidad anímica lo que es el temor de Dios, pero un temor

dulce y confiado. Y, sin embargo, ahora nos preocupamos en nuestra Deontológica de adquirir información a la conciencia para mejor servir al Señor en la actuación profesional; para mejor servir, también, al logro de nuestra perdurable felicidad. Hacemos bien.

Pero compañeros tenemos, nuestros hermanos en Cristo también, que las circunstancias les pusieron en otros senderos y no les vemos caminar a nuestro lado, para los que serían de especial importancia las preocupaciones deontológicas. Para estos casos es de interés extraordinario nuestra actuación particular de apostolado humilde y delicado, pensando, con el clásico, que el pececillo, con el favor de Dios, se convierte en gran pescado. Es deber nuestro actuar según la posibilidad de cada caso, con intención recta, con confianza sólida, que El, desde la altura, hará lo demás, pues aun con instrumentos torpes saca obras perfectas. No nos arredre la dificultad, pues cuanto mayor sea, más energía debemos poner en la empresa. ¡Aquí sí que tiene valor el entusiasmo! ¡Aquí sí que tiene utilidad y está bien empleado!

Para terminar, quiero sólo haceros pensar un poquito más: Tenemos un libre albedrío y por él podemos merecer. Tal vez Dios espera nuestra sumisión; quizá de ella depende algo que está en potencia y puede llegar a dichosa realidad. Aprestándonos a cumplir nuestro deber, podemos descargar el peso de una responsabilidad, trocando por bienhechor merecimiento.

Sólo quise haceros meditar en estas cosas, y si lo he logrado —yo no lo sé— quedo plenamente satisfecho, porque lo demás importa poco: querer hacer bien una cosa es querer con rectitud; mas a veces es alimentar un orgullo poco sano, y, gracias a Dios, esto creo no tenerlo yo.

Con esta ocasión quiero exteriorizar mi afecto, nunca desmentido, para mis hermanos de San Cosme y San Damián, los de siempre; pero quiero también extender este sentimiento a todos los compañeros que, no perteneciendo a la Hermandad, son también hermanos, cristianamente hablando, con la esperanza de que un día lleguen a cobijarse a nuestro lado bajo el lábaro de los Santos Anargirios.

¡Gran oportunidad ésta para hablar de amor! Si como creyentes fieles debemos aceptar aquella enseñanza del Maestro, nuestro mutuo amor, como sanitarios, por comunidad de circunstancias y afinidad de vida, mucho más debemos sentir aquel mandato nuevo; para todos los casos, en toda ocasión.

Una vez, un compañero nuestro, viajando por Suiza, arrojó al suelo la envoltura de un paquete de cigarrillos. Inmediatamente se le acercó un agente de la autoridad.

—¿Es usted extranjero?

—Sí, señor. ¿En qué lo conoció?

—En que ningún suizo hubiera arrojado al suelo un papel.

Venturoso día será aquel en que nos pregunten:

—¿Son ustedes católicos? ¿Acaso miembros de San Cosme y San Damián?

—Sí, señor. ¿Cómo lo ha conocido?

—En la bondad y mutuo amor que demuestran.

Y mejor aún si tan sólo con nuestra condición de sanitarios nos reconocieran por esa actitud amorosa para el compañero. ¿Utópico? Tal vez en muchos casos; pero esto debe estimular más un apostolado que destruya esa utopía, extendiendo nuestro clima particular a todo el campo de la Sanidad española, que llegue a ser modelo de la del mundo entero. También esto es laborar por un mundo mejor.

Quisiera que mi voz fuese muy potente, mucho, para poder llegar, no sólo a vosotros, los que habéis tenido paciencia en escucharme, sino a todos los compañeros de esta región, para decirles la importancia que tiene este mutuo amor nuestro. Más de treinta años hace que en las columnas de «Opinión Médica» insistía yo en esta importancia, y desde entonces, en cuanta ocasión propicia para ello tuve, lo hice también; porque sinceramente creí siempre que cumpliendo con este «mandato nuevo» de Nuestro Señor Jesucristo, no sólo acatábamos su dulcísima autoridad, sino que trabajábamos en servicio de una vida más grata de los sanitarios. Hasta por egoísmo puramente humano debemos querernos bien.

Amar es difícil, imposible más bien, si no se siente amor. Pero amar es fácil y sabroso si nuestro corazón anímico experimenta, hasta saturarse, la proximidad grata de un compañero que vive, siente y sufre como nosotros; si consideramos lo nocivo del egoísmo y lo precioso de querer para él, por lo menos, todo el bien que para nosotros anhelamos. Amarás al Señor, tu Dios, sobre todas las cosas, y al prójimo como a ti mismo; pero si el prójimo es un compañero, yo lo veo sublimado, con altísima elevación, y resulta más fácil y agradable dedicarle el más delicado de nuestros afectos.

También en esto he querido haceros meditar, sin pasar más allá en mi propósito; porque no soy quién para proponer normas concretas. Nuestra Hermandad tiene una autoridad de que yo carezco; también tiene a su frente personas entusiastas y capacitadas, de quienes mucho podemos esperar; esperar, sobre todo, con disciplinada colaboración.

He soñado en voz alta; pero os prometí que el soñar no se prolongaría demasiado. El despertador ha caído interrumpiendo mi sueño para procurar vuestro descanso.

¿Cómo he logrado cumplir mi misión? ¿Cómo representé el papel que el director de la compañía me asignó? Lo ignoro; pero quiero atribuirme aquella inscripción en la tumba de un romano: «Ut potuit, non ut voluit». Es decir: hice lo que pude, no lo que quise.



INDICE (1)

DE AUTORES

	Págs.
A	
Agostini	300
Aguirre, M.	292
Agulleiro	295
Albanese	375
Albores	217
Aliaga	214
Alvarez Coca, M. ... *140 *348	*179
Alvarez Sierra	124
Alvear Hernández	280
Andériz López	371
Angelli	58
Antonelli	458
Antinori	298
Anzano	304
Apelo	298
Arandes	285
Arias Vallejo	*310
Aznar Reig	133
Azpeitia Gutiérrez	*461
B	
Babolini	304
Ballester Hoys	289
Baens	215
Ballesteros	372
Banda	300
Barbeta Laball, A.	220
Barbieri ... 60	374
Barceló	209
Barraquer-Bordas	*183
Bastero Beguiristain	454
Becari	375
Behar	217
Benois	457
Berger	452
Berggard	131
Bergman	298
Bernard	212
Bianchi	375
Bonilla	139
Bordier	129
Borges Recio	62
Borney	213
Borrone	212
Bosch Casañs	208
Boschi, E.	299
Bosch Marín	136
Botella Llusiá ... 124	125
Boyer	199
Bueno Cuadrillero	290
Bueno Sánchez	290
Blasco Salas	197
Blasi ... 303	304
Bret, J.	201
Briceño Cisneros	*353
Brugarola	50
Bruis Solanés	454
C	
Caglieris	58
Calvetti	60
Camanni	59
Camo	199
Candía Sierra	*183
Caniggia	216
Cantenys Cervera	69
Cañadell ... 207, 208	285
Capdevila	57
Capdevila Torra	371
Capicaccia	211
Carcasone	202
Carridari	58
Carro	*11
Casalla	210
Casanova	202
Casanovas Carencer	454
Casellas Bernat	455
Casiello	*261
Castro Lloréns	281
Cavatuzzi, G.	58
Cavatuzzi	58
Cirillo	299
Civeira ... 284	374
Colma	301
Comina	304
Cocco	211
Cortejoso	*231
Coupez	201
Courtois	279
Cuchi de la Cuesta	280
Curci	134
Creté	55
Cruz Hernández	290
Cunha, P. Da	63
CH	
Chabás	208
D	
Daitsch ... 133	214
Danfí	51
D'aubigné	132
Dannenberg	*193
Dalmases Gosé	221
De Juan	57
Del Giovanne	216
De Miguel	206
De Moraga	57
De Oya ... 206	292
De Seze	129
Debeyre	300
Delgado	120
Delgado Serrano	141
Delso Blanco ... *258, *443	28
Denoix	298
Despons	452
Descalzo	284
Dextre Gallardo	*34
Díaz Rubio ... 289	455

(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 arterisco.

Dieppa 214
Diño 374
Dogliotti 211
Domínguez Aldame . 288
Doury 212

E

Elías Costa 63
Endara 213
Espinós Tayá 220
Esteban, B. 210 290
Esteban, M. 287
Esquivel 374

F

Faci 212
Faldella 135
Farreras Valentí 287
Feliciangeli 459
FERMOSO MOVILLA .. *175
FERNÁNDEZ GALLEGO.. *348
Fernández Pleyán ... 283
Fernández Rodríguez 282
FERNÁNDEZ RUIZ ... *143
Fernández del Vallado 280 454
Finochietto 57
Fisch 213
Forteza Bover 51
Fonquet 198
FUERTES JOVELLAR ... *186

G

Gallart-Esquerdo ... 218
Gallegos 132
Galli Mainini 374
García Goicoechea .. 61
García-Donas Abril . 283
García-Donas Bono . 283
García Ortiz, E. ... 282
Garrachón 289
Gelhorn 213
Giannini 203
Gijón Baños ... 280 454
Gil Vernet 293
Gómez y Gómez 222
González 290
Guixá 214
Gurr 126
Gutiérrez Goicoechea J. 281
Grabar 451
GRANJEL 276 *385
Griffith 129
Grinda 212

H

Herbert 299
Hernández 69
Hernández Peña 455
Herand 457
Heremans 213
Hiocot 129
HORNO LIRIA ... 136, ... 138, 140, *376 450
Huchet 300

I

Iturriaga 291
Ivanissevich 57 295

J

Jayle 199
Jiménez Díaz 371
Jordá Serra 141
Juan Martí 372
Junquera Villa 455

K

KEMPF *401
KEM 128
Koremblit 297
Klatsskin 456

L

Lacomme 200
Lance 216
Lato 458
Laverdant 212
Leibaschoff 297
Lenti 59
Lentini Marrugán ... 209
Lepp 278
Lesure 200
Lichtwiez 129
Loeper 200
Lombard 199
López 210
López Trigo 208
Lorén Esteban 137
LOSTE ECHETO *316

M

Malfatti 296
MALLÓU LABRADOR ... *380
Manfredi 63
Marconi 304
MARINA FIOL *95
Marti 372
Martí Abizanda 219
MARTÍN LAGOS *327
Martínez Fornés ... 368
Martínez González ... 70
Martínez, M. 455
MAS Y MAGRÓ ... *21, *102, *161, *250 *411
Más Oliver 224
Masó Subirana 69
Meroff 301
Michaux 213
Miguel Pous 223
Miralles Damiéns ... 281
Molinatti 59
Monpier 128
Moreno 297
MORERA BRAVO *252
MOZOTA SAGARDÍA ... *1
Muratore 202
Muratorio 203
Muñoz Boiser 60

N

Naranjo 300
NASIO *241
NAVARRO CASTRO ... *107
Nicolai 60
Nigst 127
Niti 135
Nuti 211

O

Obach Benach 223
Oles Polleri 302
Offret 199
Oken 57
Oliver 284
Olmes 202
Operti 215
Orlandini 304
ORNILLA *348
Ortiz Campos 372
Osserman 213
Otturi 64

P

Pamchant 58
PAULÍS *395
PENDE *225
Peña 290
Peña Yáñez, A. 284
Pérez Delgado 50
Pérez Llorca 197
Perlès 279
Perona 131
Pintus 203
Pivant 215
Pizzini 59
Poch 59
Polo 372
Pompili 216
Pons 286
Portmann 452
Puig Muset 209
Puyol Soler 220
Plaza Lozano 372
Planas Guasch 207
Pradés Plá 223

Q

Quintela 300

R

Ramadier 132
Rithery 457

Bavenni 216
Ravetta 218
RAYMOND BENE *273
REUS PONT *338
Rey Calero 281
Reale 459
Rico 284
Ritis 131
Rivas 57
Rivero 299
Robeschi 210
Rodríguez de la Rúa . 208
Rodríguez López ... 290
ROMERO AGUIRRE *81 294
Romero Encinas 288
Roos 54
Rosaco 218
ROSALES CONDOR ... *419
Ruiz Barranco 289

S

Salvatella 373
Samper 284
Sánchez Ibáñez 52
SÁNCHEZ LACUNZA ... *24, *120, *188 *268, *341, *343 *437
SANCHO DE SAN ROMÁN *72, 367 368
Sánchez Villares 290
Santos-Ocampo 215
Sans Sola 209
Sarrá Paláu 371
Sastre Martín 291
Saval Vidal 69
Saviano 135
Semmelrolth 53
Severi 458
Sicard 456
Solé Segarra 67
Subirana 69
Sujoy 217
Sonnetin 213
Scozia 134
Schiavo 215
Schiff 369
Schultz 213
Schnir 299
Schwick 213
STULZ *401

T

Tabuenca Oliver 291
Tedeschi 58
Tesso 304
Thorwald 277
Tchoulamjan 295
Torrejón 138
Torres Gost 367
Torres de Gassó 68
Trueblod 61
Trujols Queraltó 221

U

Ultmann 213
Usobioga 372

V

Valdrés Ruiz 51
Valenzuela Caro 455
Valu 215
Vancina 374
Velázquez 276
Viale 213
Vila López 287
Vilanova 57
Viar Bayo 283
Vilandell 372
Virgilio 304
Vogliazzo 213

W

Warembourg 58
Weekers 215
Weinstem 303
Wiemers 128
Wiman 458

Y

Ylppö 123

Z

Zaballoni 53
Zamariego 52
Zamora 455
Zatti 131
Zeolla 297
Zirilli 298
ZUCKERMANN *321

DE MATERIAS

Págs.

A

A. C. T. H. sobre la ascorbinemia (Acción de la) *34
Abdomen (Traumatismos cerrados del) 296
Acido alfaltil-esonicotínico; su actividad antimicobactérica in vitro (La tioamida del) 135
Accidentes del tránsito 213
Acné rosáceo (Prevención de la trombosis de las parturientas afectadas de) 215
Acrodinia y mercurio 289
Actualités neurophysiologiques 128
Adissonismo y angiohipotonía constitucional 208
Adrenalectomía en el tratamiento del cáncer de la mama (La) 282
Afecciones cardíacas (Tratamiento de las) *28
Afecciones digestivas orgánicas (de probable origen psicógeno) 301
Afibrinogenemia congénita 458
Agastria (El problema de la) *327
Agranulocitosis periódica 372
Alcoholismo (El factor psicológico en el) *186
Alcoholismo (La reserpina en el) ... 301
Algias sacrolumbares en gestación y parto 141
Alimentare (Le sindrome da carenza). 203
Alimentación (El hombre y su) 284
Ambliopía ex-anopsia (Importancia social de la) 287
Alma (Claridades y tinieblas del) ... 278
Aminoácidos en la infancia (Cromatografía de los) 290
Amiotrofia facio - lingüo - braquial neuraxítica *183
Amor pasional en las dinastías hispano-portuguesas *143
Análisis inmunoelectroforético en líquidos biológicos humanos 451
Análisis inmunoelectroforético 451
Anemia por la leche de cabra (La) . 459
Anestésica en los traumatizados del hombro (La infiltración) 60
Analgesia peridural continua en el trabajo del parto 297
Anexos fetales (Biología de los) 132
Anoxia fetal, su prevención y tratamiento 138
Apendicitis (Complicaciones de la) .. 219
Anquiloglosia miogena 371
Anquilosis estapedo-vestibular (Tratamiento quirúrgico de las sorderas por) 223

Págs.

Antipalúdicos de síntesis en el tratamiento de los reumatismos (Los) ... 371
Antigripales modernos (Experimentación clínica sistematizada de algunos) 37
Anurias (Estudio patogénico de las) 375
Arterioesclerosis (Conceptos sobre la coagulación y la) *81
Arterioesclerosis (Diagnóstico de la) 455
Articulación de la rodilla (El menisco regenerado en la) *258
Artrodesis de la cadera (Las) 299
Artrosis discosomática hiperostosante vertebral 299
Artrosis de la rodilla (La subluxación externa de la rótula en la) 210
Artrosis de la cadera (La luxación en el tratamiento de las) 132
Asbestosis (El cuadro broncológico de la) 300
Ascorbinemia (Acción de la A. C. T. H. sobre la) 304
Asma bronquial (Reeducación respiratoria en el) *34
Asmática (Terapéutica de la crisis) .. 222
Ataraxia 371
Atómicas (Lesiones oculares producidas por agresiones) *341
Atresia tricuspídea (Dos casos operados con éxito) 454
Auxilio Social (Publicaciones de la Delegación Nacional de) 281
..... 450

B

B C G (Protidemia en cavias vacunados con) 304
Biología de los anexos fetales 132
Biológicas (Constantes) 51
Biología y patología en las páginas de D. Quijote de la Mancha *231
Bloqueo anestésico repetido del esplácnico semilunar con punción única y tubo de polythene 375
Bocio - mastopatía - mioma - metropatía (El síndrome) *178
Boda de D. Francisco de Quevedo en Aragón (La) 450
Bodas de Plata (Impresiones de unas) (1935-1960) 70
Botanique (Précis de) 55
Broncológico de la asbestosis (El cuadro) 304
Bronquios (La tuberculosis de los bronquios) 291

C

Cadera (Las artrodesis de la) 299
Cadera (Tratamiento quirúrgico de las artrosis de la) 300
Campo (Las cardiopatías y procesos circulatorios en el) *443
Canal atrio-ventricular común persistente 282
Cáncer en Tenerife 126
Cáncer supraglótico (Laringuectomía en el) 57
Cáncer del pulmón (Citología de lípidos y lavado bronquial en el) 458
Cancers (Traitements des) 198
Cáncer gástrico (Diagnóstico precoz del) 283
Cánceres en el presente (Diagnóstico y tratamiento de los) *321
Cancerológica (Lo actual en clínica) *321
Cáncer de mama (La adrenalectomía en el tratamiento del) 282
Cáncer de mama (Tratamiento de las metástasis pulmonares en el) 297
Cáncer de la próstata (Diagnóstico bioquímico del) 294
Cancerología (Actualidades de) 301
Cardiópata quirúrgico (Tratamiento médico del) 129
Cardiopatías congénitas (Trastornos de conducción cardíaca en algunas) .. 291
Cardiopatías y procesos circulatorios en el campo (Las) *443
Cardiopasmo (Problema sobre su tratamiento y evolución) 283
Carenza alimentare (Le sindrome da) 203
Catolicismo (Kierkegaard y el) 54
Cavernas tuberculosas del pulmón (Aspecto endoscópico de las) 304
Cecitis agudas flemonosas 455
Cervicales (Mielopatías y distrofias) ... 69
Cervicopatías degenerativas (Síndromes angoroides en relación con) 223
Ciática (Lo que la cirugía puede contra la) 456
Ciego (Tuberculosis hipertrófica del) . 219
Ciencia médica y los milagros de Lourdes (La) *225
Circunstancia (Complejo del yo y la) *24
Cirugía (El triunfo de la) 277
Cirugía contra la ciática (Lo que puede la) 456
Cirugía de los nervios periféricos ... 127
Cirugía traumatológica y ortopédica (Los injertos óseos en) 59
Cirrosis (Hepatitis viral y) 456
Cirrosis hepática (La falta de opacificación de la vesícula biliar en la) . 211
Cistinurias (Los medios diagnósticos en las) *338
Citología de esputos y lavado bronquial en el cáncer del pulmón 458
Citología exfoliativa en el diagnóstico de un pólipo gástrico maligno 372
Citología salivar de parotiditis epidémica 281
Claridades y tinieblas del alma 278
Clínica cancerológica (Lo actual en) *321
Clínica de las nefrosis 280
Clínica de un nuevo compuesto de sulfonil-urea-cloropropamida 131
Cloropromazina sobre la colinesterasemia (Acción de la) 61
Cloropropamida en diabéticos (Terapéutica de la) 296
Coagulación y su relación con la arterioescrerosis (La) 455
Cobayos (La acción de la cortisona sobre la tuberculosis experimental de los) 134
Cocina española (La) *305
Colágeno en el miocardio humano (Valoración del) 57
Colesterolemia del conejo (Acción de la hormona sobre la) *107
Colinesterasemia (Acción de la cloropromacina sobre la) 61
Colosigmoiditis y estreñimiento crónico *11
Colposcopie 201
Complejo del yo y la circunstancia *24
Complicaciones de la apendicitis ... 219
Complicaciones precoces postoperatorias (Las) 128
Conducta humana (La psicología de la) 53
Congénita (Afibrinogenemia) 458
Congénitas (Trastornos de conducción cardíaca en algunas cardiopatías) . 291
Congreso israelita de tuberculosis ... 303
Congreso de la Sociedad Española de Audiología 460
Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (El VI) 65
Congreso Nacional de Patología Clínica (El IV) 66
Congreso Nacional de Pediatría (El X) *380
Consanguinidades en las dinastías hispano-portuguesas *143
Constantes biológicas de interés clínico 51
Corazón y estados de hipoglucemia ... 456
Cordón umbilical (La ligadura «a ras de la piel» del) 372
Cordón umbilical y sufrimiento fetal (Hemoglobina del) 287
Coronarias (Ligadura de la mamaria interna en enfermos de) 211
Córticoesteroides intravenosos en el tratamiento del shock (Los) 281
Cortisona sobre la tuberculosis experimental de los cobayos (Acción de la) 134
Cromatografía en la determinación de la naturaleza espermática de una mancha (La) 454

Cromatografía de los aminoácidos en la infancia (La) 290
Crecimiento (La acción de extractos hipofisarios humanos en el) 69
CRECIMIENTO SOBRE LA COLESTEROLEMIA DEL CONEJO (ACCIÓN DE LA HORMONA DE) *107
CRENOTERAPIA SULFUROSA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA *1
Cretinos endémicos (La transaminasa glutámica en) 213
Crisis asmática (La terapéutica de la) 371
Cristalino cataratado (Extracción del) 215
Coxartrosis (Tratamiento quirúrgico de las) 216
Curso de poliomielitis y tétanos 367

CH

Chimie biologique (Précis de) 279

D

Decalcificaciones vertebrales (Diagnóstico de las) 129
DECÚBITO (LA ÚLCERA DE) *252
Dedef 277
Delirio sensitivo paranoide 67
Derivados pirazólicos en Ginecología (Nuestras observaciones con el uso de los) 63
DEONTOLOGÍA PROFESIONAL (ALGUNOS ASPECTOS DE LA) *461
Dermatitis herpetiforme (Su tratamiento por la sulfametoxipiridazina) ... 56
DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS CÁNCERES EN EL PRESENTE ... *321
DIAGNÓSTICO DE LA ARTERIOESCLEROSIS (EL) *258
Diagnóstico de las decalcificaciones vertebrales 129
Diagnóstico del cáncer de la próstata . 294
DIAGNÓSTICO DE LOS CÁNCERES EN EL PRESENTE (TRATAMIENTO Y) *321
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ENFERMEDAD DE PERTHES Y LA DISGENESIA LIPOTIROIDEA (ASPECTOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN EL) *348
DIAGNÓSTICOS EN LAS CISTINURIAS (LOS MEDIOS) *338
Diagnóstico precoz del cáncer gástrico 283
Diarréico por litiasis ureteral (Síndrome) 373
Dietilaminoetanol (Ensayos con) 300
Digestivas de origen psicógeno (Afecciones) 301
Dios y el hombre al encuentro 53
DISCENESIA EPIFISARIA HIPOTIROIDEA (ASPECTOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ENFERMEDAD DE PERTHES Y LA) . *348
Dishepatía y dismetabolia reumatógenas 209
DISCROMATOPSIA *437
Divertículos duodenales 372
Duodenales (Divertículos) 372
Duodenografía lipotónica 223
Dumping experimental con estómago intacto (Síndrome del) 284

E

Eclampsia (Rotura espontánea del hígado en la) 215
Edema pulmonar agudo (Tratamiento del) 58
EDUCACIÓN SEXUAL DE LA MUJER *261
ETIOLOGÍA VIRAL DE LA LEUCEMIA *161
EOSIÓFILOS (LAS LLAMADAS LEUCEMIAS DE) *411
Eventraciones y hernias (Tratamiento de las) 220
Evisceraciones y hernias postoperatorias 224
Eczemas por contacto durante el tratamiento de las afecciones anorrectales 209
Electroforesis (Fraccionamiento de proteínas y mucopolisacáridos en la orina de individuos normales por) ... 131
Electrónica médica (Los progresos de la) 295
Electroretinographie dynamique (L') .. 199
Embarazo extrauterino 297
Enciclopaedia of microscopic stains .. 126
Enclavijamiento, según Rush (en el tratamiento de las fracturas y de las pseudoartrosis del miembro inferior) 299
Endoscopia de las cavernas tuberculosas del pulmón 304
Enfermedad de Addison 208
Enfermedades defensivas y el trabajo, vistas por un médico 368
ENFERMEDAD DE ETIOLOGÍA VIRAL (LA LEUCEMIA) *161
ENFERMEDAD DE PERTHES Y LA DISGENESIA EPIFISARIA HIPOTIROIDEA (ASPECTOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA) . *348
ENFERMEDAD PREULCEROSA (TEORÍA SOBRE LA POLIETIOPATOGENIA DE LOS) . *242
Enfermedad de Simmonds-Sheehan y los síndromes de insuficiencia de la hipófisis 286
Enfermedades del hígado 369
ENFERMOS MENTALES POR ACCIÓN DEL MEPROBAMATO (VARIACIONES CUANTITATIVAS DE LA FOSFOLIPIDEMIA EN) . *419
Enfisema pulmonar (Reeducación respiratoria en el) 222
Esclerosis en placas (Electroforesis del líquido céfalorraquídeo en la) 58
Esplácnico semilunar (Bloqueo anestésico repetido del) 375
ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN EL MOMENTO ACTUAL (LA) *310
Espermática de una mancha (La cromatografía en la determinación de la naturaleza) 454
Espirometría en la estenosis mitral ... 70

Esplenoportografía (La) 222
Esputos en el cáncer de pulmón (Citología de) 458
Equipo de Salud Mental 214
Equipo traumatológico portátil para el tratamiento de las fracturas de la pierna y del pie 215
Estados de hipoglucemia (Consecuencias cardíacas de los) 457
ESTERILIDAD EN LAS DINASTÍAS HISPANOPORTUGUESAS *143
Esternón (Las fracturas del) 60
Estenosis mitral (Espirometría en la) 70
ESTÓMAGO (GASTRECTOMÍA PARCIAL O TOTAL EN LOS CÁNCERES DE) *327
ESTREÑIMIENTO CRÓNICO (COLOSIGMOIDITIS Y) *11
Estrófulos (Estudio estadístico de 141) 57
Exploración de la función auditiva ... 50
Exudado vaginal (Utilidad del examen en fresco del) 288

F

FACTOR PSICOLÓGICO EN EL ALCOHOLISMO (EL) *186
Femenina (Fisiología) 124
Feminización testicular (El síndrome de la) 207
Fenómeno de los veintiún días (El) . 374
Fetal (Hemoglobina del cordón umbilical y sufrimiento) 287
Fetal (Prevención y tratamiento de la anoxia) 138
Fetales (Biología de los anexos) 132
Fisiología femenina 124
FOSFOLIPIDEMIA EN ENFERMOS MENTALES POR ACCIÓN DEL MEPROBAMATO (VARIACIONES CUANTITATIVAS DE) *419
Fotorradiografía (Presente y porvenir de la) 135
Formulario, con sus fundamentos, de terapéutica clínica 276
Fracturas diafisarias de la pierna (Tratamiento de las) 289
FRACTURAS ABIERTAS DE LA PIERNA (TRATAMIENTO DE LAS) *401
Fracturas diafisarias (Técnica de los injertos autoplásticos en el tratamiento de las) 60
Fracturas de la extremidad superior del radio 60
Fracturas meta-epifisarias (Nueva técnica para la reducción de las) ... 208
Fracturas de la pierna y el pie (Equipo traumatológico portátil para el tratamiento de las) 215
Fracturas del esternón (Las) 60
Fracturas del miembro inferior (El enclavamiento en el tratamiento de las) 299
Fragilidad ósea hereditaria (Patogénesis de la) 216
Función auditiva (Exploración de la) 50

G

G. 28.315 en el tratamiento de los gotosos (Resultados con el) 454
Ganglios linfáticos (Reticulosis de los) 51
Ganglioplejicos en el tratamiento de la hipertensión arterial (Nuevos) ... 221
GASTRECTOMÍA PARCIAL O TOTAL EN LOS CÁNCERES DE ESTÓMAGO *327
Gástricas en el tratamiento de las hepatopatías infantiles (Las mucoproteínas) 212
Gástrico (Diagnóstico precoz del cáncer) 283
Gastroduodenal (Tratamiento quirúrgico de la úlcera) 206
Geriatría (Oscilografía en) 220
Gestación y parto de origen sacrolumbar (Manifestaciones dolorosas en) ... 141
Giné y Partagás (La obra psiquiátrica de) 367
Ginecología (Experiencia de los derivados pirazólicos en) 63
GINECOLOGÍA (CÓMO PRESCRIBIR LAS HORMONAS EN) *273
Gota (Nuevo tratamiento de la) 209
Gota (El G-28.315 en el tratamiento de la) 280
GLUCEMIA DE TUBERCULOSOS (ACCIÓN DE LA IPRONIACIDA SOBRE LA) *353
GLUCOSA (INVESTIGACIÓN DE) *193
Glucosa (Sobrecarga intravenosa de) . 289
Granulocitos neutrófilos (Metabolismo de los hidratos de carbono en los) . 131

H

Hemangiomas (Tratamiento conservador de los) 62
Hematología (La terapéutica glucocorticoide en) 287
Hematopatías (Tratamiento de las) ... 372
Hemiplejía y sus secuelas (Acción terapéutica de la vitamina B_6 sobre la) 290
Hemoglobina del cordón umbilical y sufrimiento fetal 287
HEMOFILOIDE Y PÚRPURA HEMORRÁGICA TROMBOPÉNICA *21
HEMORRÁGICA TROMBOPÉNICA (HEMOFILOIDE Y PÚRPURA) *21
Hepática (Falta de opacificación de la vesícula en la cirrosis) 211
Hepatitis aguda viral 283
Hepatitis viral y cirrosis 456
Hepatopatías infantiles (Las mucoproteínas gástricas en el tratamiento de las) 212
Hernia diafragmática en el cuadro de la patología pulmonar 298
Hernias (Tratamiento de las eventraciones y) 220
Hernias postoperatorias (Evisceraciones y) 224

Hidatídicos del hígado (Tratamiento de los quistes) 57
Hidratos de carbono en los granulocitos neutrófilos (Metabolismo de los) 131
Hígado (Enfermedades del) 369
Hígado (Tratamiento de los quistes hidatídicos del) 57
Hígado en la eclampsia (Rotura espontánea del) 215
Hiperostosis anquilosante vertebral senil 221
Hipertensión arterial (Nuevos ganglio-plejicos en el tratamiento de la) ... 221
Hipertensiones neurotónicas del joven adulto (Las) 212
Hipertricosis y poliquistosis ovárica (La) 63
Hipócrates de la medicina española (El) 124
Hipófisis anterior (Síndromes de insuficiencia de la) 286
Hipofisarios en el crecimiento (La acción de extractos) 69
Hipogammaglobulinemia en enfermos de leucemia linfoide crónica y de linfosarcoma linfocítico 213
Hipoglucemia (Consecuencias cardíacas de los estados de) 456
Histerectomía por mola hidatídica ... 298
Histerosalpingografías 137
Historia de la medicina española (Estudios de) 276
Hombre y su alimentación (El) 284
Hombre al encuentro (Dios y el) 53
Hombro (La infiltración anestésica de los traumatizados del) 60
Hombro (Traumatismos del) 208
HORMONA DE CRECIMIENTO SOBRE LA COLESTEROLEMIA DEL CONEJO (ACCIÓN DE LA) *107
HORMONAS EN GINECOLOGÍA (CÓMO PRESCRIBIR LAS) *273

I

Ictericias crónicas no hemolíticas ... 206
Indices de las obras de Hernández Morejón y Chinchilla 368
Infantiles (Las mucoproteínas gástricas en el tratamiento de las hepatopatías) 212
Infecciones articulares meningocócicas 295
Injertos autoplásticos en el tratamiento de las fracturas diafisarias no consolidadas (Técnica de los) 60
Injertos óseos en cirugía traumatológica y ortopédica 59
Injertos dérmicos (Tratamiento de las eventraciones y hernias con) 220
INMANENCIA VITAL *120
INSUFICIENCIA CIRCULATORIA (TRATAMIENTO DE LA) *28
Insuficiencia renal aguda en Tocología (La) 63
INTESTINAL (ASPECTOS ACTUALES DE LA TUBERCULOSIS) *95
IPRONIACIDA SOBRE LA GLUCEMIA DE TUBERCULOSOS (ACCIÓN DE LA) *353

J

JOSÉ PRADILLO (LA OBRA DE) *72

K

Kierkegaard y el catolicismo 54

L

Lactante (Los vómitos del) 290
Laringuectomía en el cáncer supraglótico 57
Lattante (Il) 458
Lavado bronquial en el cáncer del pulmón (Citología y) 458
Leche (Hepocalcinosis por ingestión de) 292
Leche de cabra (La anemia por la) . 459
Leche de mujer (Actividad fibrinolítica de la) 298
Lesiones atómicas (Lesiones oculares producidas por) 454
Lesiones oculares producidas por lesiones atómicas 454
Lesiones de la columna vertebral en el tétanos del niño (Las) 217
LEUCEMIA (SOBRE LA REMISIÓN DE LA) *102
LEUCEMIAS DE EOSINÓFILOS (LAS LLAMADAS) *411
Leucemia linfoide crónica (Significación de la hipogammaglobulinemia en enfermos de) 213
LEUCEMIA, ENFERMEDAD DE ETIOLOGÍA VIRAL (LA) *161
LEUCEMIAS POR EL MÉTODO DE LAS PEROXIDASAS (SOBRE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS) *250
Leucocitos eosinófilos (Relación entre la función tiroidea y) 58
Leucoqueratosis vulvovaginales 133
Libertad personal (La) 53
Libertad sindical en el mundo (La) . 50
Ligadura «a ras de la piel» del cordón umbilical (La) 372
Ligadura de la arteria mamaria interna, en un grupo de enfermos coronarios (Resultados de la) 211
Linfosarcoma linfocítico (La hipogammaglobulina en enfermos de) 213
Lipoproteínas (Modificaciones de las) 295
Líquido céfalorraquídeo en las esclerosis en placas (Electroforesis del) .. 58
Líquidos biológicos humanos (Análisis inmunoelectroforético en) 451
Litiasis ureteral (Síndrome diarréico por) 373
Luxación interna en el tratamiento quirúrgico de las artrosis de la cadera (La) 300

M

Magnesemia en algunas situaciones patológicas (La) 374
Maladies de la rate (Traitement des) . 202
Mama (La adrenalectomía en el tratamiento del cáncer de la) 282
Mama (Clasificación de los tumores malignos de la) 298
Mama (Tratamiento de las metástasis pulmonares en el cáncer de) 297
Mancha (La cromatografía en la determinación de la naturaleza espermática de una) 454
Marañón (Biografía del doctor) 124
Maternología social y salud mental ... 136
MATRIMONIOS REALES EN LAS DINASTÍAS HISPANO-PORTUGUESAS *143
Medicina laboral 197
Medicina preventiva y los progresos de la electrónica (La) 295
Medicina psicosomática (Enjuiciamiento de la) 126
Médico navarro (Recuerdos de un) ... 197
Meningite tuberculeuse et sou traitement (La) 198
Meningitis urliana 217
Meningoencefalitis agudas piógenas .. 301
Meningocócicas (Manifestaciones articulares en las infecciones) 295
Menisco regenerado en la articulación de la rodilla 299
Mercurio (Acrodinia y) 289
Metabolismo de los hidratos de carbono en los granulocitos neutrófilos .. 131
Metástasis pulmonares en el tratamiento del cáncer de mama (Las) 297
MÉTODO DE LAS PEROXIDASAS (IDENTIFICACIÓN DE LAS LEUCEMIAS POR EL) . *249
Método de Rorschach (En psiquiatría) 60
MEPROBAMATO (VARIACIONES CUANTITATIVAS DE LOS FOSFOLÍPIDOS EN ENFERMOS MENTALES POR ACCIÓN DEL) *419
Miastenias (Tratamiento de las) 59
Microscopic stains (Enciclopaedia of) 126
Mielopatías y disartrosis cervicales ... 69
Miembro inferior (El enclavamiento en el tratamiento de las fracturas del) 299
MILAGROS DE LOURDES Y LA CIENCIA MÉDICA (LOS) *225
Miocardio humano (Valoración del colágeno) 57
MIOMA - METROPATÍA (EL SÍNDROME BOCIO) 140 *178
Mola hidatídica (Histerectomía por) . 298
Morfogénesis del útero (Sus problemas clínicos. La) 139
Mortalidad perinatal (Parto prolongado. Su influencia en la) 52
Mucosa gástrica, piloro-duodenal (Aspecto radiológico del prolapso) ... 69
Mucoproteínas gástricas (en el tratamiento de las hepatopatías infantiles, Las) 212
MUJER (EDUCACIÓN SEXUAL DE LA) ... *261
Mujer (Tumores córticosuprarrenales virilizantes en la) 285
Mujer (Virilización de la) 288
Mycobacterium Leprae (Aplicaciones de la técnica del sombreado al estudio del) 296

N

NALGAS (PARTO DE) *174
Nefrectomía unilateral sobre las proteínas del plasma (Efecto de la) ... 455
Nefrocalcinosis por ingestión de leche y alcalinos 292
Nefrosis (Estudio clínico de las) ... 280
Nervios periféricos (Cirugía de los) .. 127
Neumonitis intersticial de virus poliomielítico (La) 135
Neuropsiquiatría (El VI Congreso Nacional de) 65
Neurophysiologiques (Actualités) 128
Neurosichique da carenza alimentare (Le sindrome) 203
NEUROXÍTICA (AMIOTROFIA) *182
Niño abandonado (El) 300
Niño (Lesiones de columna vertebral en el tétanos del) 217
Niño prematuro y de la prematernidad (Nuevos aspectos del) 133
NOSOLÓGICOS (APRIORIS) *188
Novela contemporánea (Tipología sacerdotal en la) 52

O

OBRA DE JOSÉ PRADILLO (LA) *72
Obra psiquiátrica de Giné y Partagás (La) 367
Obras de Hernández Morejón y Chinchilla (Indices de las) 368
Obstétricale (Pratique) 200
Oculares producidas por lesiones atómicas (Lesiones) 454
Oftalmología (Elementos de) 197
Oligofrenia fenilpirúvica familiar 290
Opacificación de la vesícula biliar (en la cirrosis hepática. La falta) 211
Operación antiglaucomatosa fistulizante 215
OPINIONES MÉDICAS DEL PADRE FEIJOO (LAS) *385
Optalmologie, directives therapeutiques 199
ORINA (RÁPIDANÁLISIS AUTOMÁTICO DE) *193
Oscilografía en Geriatría 220
Osteomalacia 129
Osteoporosis 129
Oto-rhino-larygologie 452
OTORRINOLARINGOLOGÍA (CRENOTERAPIA SULFUROSA EN) *1
Ovárica (Hipertricosis y poliquistosis) 63
Ovario (Tumores feminizantes del) ... 64
Ovario restante (Patología y fisiopatología del) 214

P

Padre Feijoo (Las opiniones médicas del) ... *385
Parotiditis epidémica (La citología salivar en la) ... 281
Parotiditis ... 133
Parto (La analgesia peridural continua en el trabajo del) ... 297
Parto prolongado ... 52
Parto de nalgas en primigestas ... *175
Parto de origen sacro-lumbar (Algias en gestación y) ... 141
Patología clínica (El IV Congreso Nacional de) ... 66
Patología en las páginas de D. Quijote de la Mancha (Biología y) . *231
Patología específica del prematuro ... 290
Patología pulmonar (La hernia diafragmática en el cuadro de la) ... 298
Patogénesis de la fragilidad ósea hereditaria (Sobre la) ... 216
Pediatría (Asociación de sulfamerazina - sulfaproxilina en) ... 217
Pediatría, de Madrid (El X Congreso Nacional de) ... *380
Periartritis escápulo-humeral ... 208
Pediatría (Reserpina: anabólica y estimulante del apetito, en) ... 303
Pediatría (Urgencias quirúrgicas en) . 218
Peroxidasas (Identificación de las leucemias por el método de las) . *249
Pierna (Tratamiento de las fracturas abiertas de la) ... *401
Pierna (Tratamiento de las fracturas diafisarias de la) ... 289
Pies planos (Las prótesis en el tratamiento de los) ... 299
Pharmacologie (Formulaire de therapeutique et de) ... 200
Plasma (Efecto de la nefrectomía unilateral sobre las proteínas del) ... 455
Pleuritis exudativas (La prednisona en el tratamiento de las) ... 218
Polietiopatogenia de la enfermedad preulcerosa (Teoría sobre la) ... *242
Poliomielítico (La neumonitis intersticial de virus) ... 135
Poliomielitis y tétanos (Curso de) ... 367
Pólipo gástrico maligno diagnosticado por citología exfoliativa ... 372
Postoperatorias (Las complicaciones precoces) ... 128
Prednisona (Tratamiento de las pleuritis exudativas con) ... 218
Prematernidad (Nuevos aspectos del niño prematuro y de la) ... 133
Prematernidad (Problemas de la) ... 302
Prematuro (La patología específica del) 290
Primigestas (El parto de nalgas en) *174
Profesor Juan Turchini (El) ... *395
Prolapso de la mucosa gástrica ... 69
Próstata (Diagnóstico bioquímico del cáncer de la) ... 294
Proteínas del plasma (Efecto de la nefrectomía unilateral sobre las) ... 455
Proteínas séricas (Electroforesis de las) 58
Proteínas y mucopolisacáridos en la orina de individuos normales por electroforesis de zona (Fraccionamiento de) ... 131
Prótesis en el tratamiento de los pies planos (Las) ... 299
Protidemia en cavias vacunados con B. C. G. (La) ... 304
Prueba de Rorschach (Estudio del dibujo mediante la) ... 214
Prurito vulvar ... 214
Psicoterapia (El psicólogo clínico y la) 61
Psicológico en el alcoholismo (El factor) ... *186
Psicología de la conducta humana (La) 53
Psicógeno (Afecciones digestivas de origen) ... 301
Psicosomática (Enjuiciamiento de la medicina) ... 126
Psiquiatría (El método de Rorschach) 60
Publicaciones de la Delegación de Auxilio Social ... 450
Pulmón (Aspectos endoscópicos de las cavernas tuberculosas del) ... 304
Pulmón (Citología de esputos en el cáncer del) ... 458
Púrpura hemorrágica trombopénica Hemofiloide y) ... *21

Q

Quemaduras (Tratamiento moderno, al desnudo, de las) ... 374
Quevedo en Aragón (La boda de) ... 450
«Quijote» (El silencio en el) ... 61
Quijote de la Mancha (Biología y patología en las páginas de Don) *231
Quirúrgico de la úlcera gastroduodenal (Tratamiento) ... 206
Quistes hidatídicos del hígado (Tratamiento de los) ... 57

R

Radio (Fracturas de la extremidad superior del) ... 60
Radiología de las afecciones del recto y sigma ... 216
Rápidanálisis de orina: glucosa *193
Rate (Traitement des maladies de la) 202
Recto y sigma (La proyección lateral en el estudio radiológico de las afecciones del) ... 216
Recuerdos de un médico navarro ... 197
Reeducación respiratoria en el asma bronquial y enfermo pulmonar ... 222
Reflejos condicionados ... *268
Renal aguda en Tocología (La insuficiencia) ... 63
Resepina en el alcoholismo subagudo (La) ... 301

Reticulosis de los ganglios linfáticos . 51
Reumatismos (Los antipalúdicos en el tratamiento de los) ... 371
Reumatógenas (Dishepatía y dismetabolia) ... 209
Reunión del capítulo canario del American College of Phisicyans (La IV) 66
Reunión de los ginecólogos españoles, en Madrid (La IV) ... *376
Riñón en esponja ... 455
Rodilla (Estudio de las características estructurales del menisco regenerado en la articulación de la) ... 299
Rodilla (Subluxación externa de la rótula en la artrosis de la) ... 132
Rotura espontánea del hígado en la eclampsia ... 215
Rotura uterina por presentación transversal ... 138

S

Saco lagrimal (Experiencias acerca de 455 operaciones de) ... 215
Sacro lumbar (Manifestaciones dolorosas en gestación y parto de origen) . 141
Salud mental (Maternología social y) . 135
Salud mental (El concepto de equipo de) ... 214
Santidad en las dinastías hispanoportuguesas ... *143
Seda floja ... 57
Sexual de la mujer (Educación) ... *261
Shock (Los córticosteroides en el tratamiento del) ... 281
Silencio en el «Quijote» (El) ... 61
Síndrome del dumping experimental con estómago intacto ... 284
Síndromes hemoconvulsión - hemiplejía y sus secuelas (Acción terapéutica de la vitamina B_6 sobre los) ... 290
Sindrome neuropsichique da carenza alimentare ... 203
Síndrome mínimo (El) ... 295
Síndromes de insuficiencia de la hipófisis anterior ... 286
Síndromes angoroides en relación con cérvicopatías ... 223
Síndrome bocio - mastopatía - miometropatía (El) ... 140 *178
Síndrome diarréico por litiasis ureteral ... 373
Síndromes hiperticosuprarrenales oligosintomáticos ... 59
Síndrome de la feminización testicular (El) ... 207
Síndrome de Mauriac ... 210
Sociedad Ginecológica Española ... 136
Sociedad Internacional de Audiología (Congreso de la) ... 460
Societá medico chirurgico Bresciana (Bollettino della) ... 203
Sorderas (Tratamiento quirúrgico de las) ... 223
Sorderas de tipo coclear y en vertiginosos con la sección de la cuerda del tímpano (Resultados funcionales en) 68
Sufrimiento fetal (Hemoglobina del cordón umbilical y) ... 287
Sulfamerazina-sulfaproxilina en pediatría ... 217
Sulfonilurea - Cloropropamida (Estudio clínico sobre un nuevo compuesto de) ... 131
Sulfurosa en otorrinolaringología (Crenoterapia) ... *1

T

Técnica de Charnley (La luxación interna en el tratamiento quirúrgico de las artrosis de la cadera) ... 300
Técnica para la reducción de las fracturas meta-epifisarias ... 208
Técnica del sombreado en el estudio del mycobacterium Leprae (La) ... 296
Terapéutica clínica (Formulario con sus fundamentos de) ... 276
Terapéutica de la cloropropamida en diabéticos ... 296
Terapéutica de la crisis asmática ... 371
Terapéutica glucocorticoide en hematología (La) ... 287
Testicular (Síndrome de la feminización) ... 207
Tétanos (Curso de poliomielitis y) ... 367
Tétanos del niño (Las lesiones de la columna vertebral en el) ... 217
Therapeutique et de Pharmacologie (Formulaire de) ... 200
Tímpano (Resultados funcionales en sorderas con la sección de la cuerda del) ... 68
Tioamida del ácido alfa-etil-isonicotínico (Su actividad antimicobactérica) ... 135
Tioridazida en Medicina interna (La) . 280
Tipología sacerdotal en la novela contemporánea ... 52
Tiroidea y leucocitos basófilos (Relación entre la función) ... 58
Thiogenald ... 455
Tocología (La insuficiencia renal aguda en) ... 63
Tocurgia ... 125
Tolosa Latour (El doctor) ... *316
Tuberculeuse et son traitement (La meningite) ... 198
Tuberculosas del pulmón (Aspectos endoscópicos de las cavernas) ... 304
Tuberculosis (Congreso israelita de) . 303
Tuberculosis genital masculina ... 293
Tuberculosis de los grandes bronquios (La) ... 291
Tuberculosis experimental de los cobayos (Acción de la cortisona sobre la) 134
Tuberculosis hipertrófica del ciego ... 219

TUBERCULOSIS INTESTINAL (ASPECTOS ACTUALES DE LA) *95
TUBERCULOSOS (ACCIÓN DE LA IPRONIACIDA SOBRE LA GLUCEMIA DE) *353
Tumores córtico-suprarrenales virilizantes de la mujer 285
Tumores malignos de la mama (Clasificación por estadíos clínicos de las) 298
Tumores feminizantes del ovario 64
Trabajo (Enfermedades defensivas y el) 368
Traitements des maladies de la rate . 202
Traitement de la meningite tuberculeuse 198
Traitements des cancers 198
Transaminasa glutámica en cretinos endémicos (La) 213
Tratamiento de las afecciones anorrectales (Eczema por contacto durante el) 209
Tratamiento de la anoxia fetal 138
Tratamiento del cáncer de la mama (La adrenalectomía en el) 282
Tratamiento del cardioespasmo 283
Tratamiento de la gota (El G-28.315 en el) 280
Tratamiento de las facturas diafisarias de la pierna 289
Tratamiento de las fracturas y de las pseudoartrosis del miembro inferior (El enclavijamiento según Rusch en el) 299
TRATAMIENTO DE LOS CÁNCERES EN EL PRESENTE (DIAGNÓSTICO Y) *325
Tratamiento de los pies planos (Las prótesis en el) 299
Tratamiento conservador de los hemangiomas 62
Tratamiento de la dermatitis herpetiforme 57
Tratamiento del edema pulmonar agudo 58
Tratamiento de eventraciones y hernias con injertos dérmicos 220
TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS ABIERTAS DE LA PIERNA *401
Tratamiento de las fracturas diafisarias no consolidades (Técnica de los injertos autoplásticos en el) 60
Tratamiento de las gotosos (Experiencia clínica con el G. 28.315 en el) . 454
Tratamiento de la gota 209
Tratamiento de las fracturas de la pierna y del pie (Equipo traumatológico portátil para el) 215
Tratamiento de las hepatopatías infantiles (Las mucoproteínas gástricas en el) 212
Tratamiento de la hipertensión arterial (Nuevos ganglioplejicos en el) 221
Tratamiento de las hematopatías 372
TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CIRCULATORIA *28
Tratamiento médico del cardiópata quirúrgico 129
Tratamiento de las miastenias 59
Tratamiento moderno de las quemaduras 374
Tratamiento de las pleuritis exudativas (La prednisona en el) 218
Tratamiento de los reumatismos (Los antiparlúdicos de síntesis en el) ... 371
Tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado 57
Tratamiento quirúrgico de las artrosis de la cadera (La luxación interna en el) 300
Tratamiento del shock (Los córticoesteroides intravenosos en el) 281
Tratamiento quirúrgico de las coxartrosis 216
Tratamiento quirúrgico de las sorderas por anquilosis estapedo-vestibular 223
Tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal 206
Traumatismos cerrados del abdomen . 296
Traumatismos del hombro 208
Traumatizados del hombro (La infiltración anestésica de los) 60
Triunfo de la cirugía (El) 277
Trombosis en las parturientas de acné torácico (Prevención de la) 215
TURCHINI (EL PROFESOR JUAN) *395

U

ULCERA DE DECÚBITO (LA) *252
Ulcera gastroduodenal (Tratamiento quirúrgico de la) 206
Uricólisis (El problema de la) 209
Urgencias quirúrgicas en pediatría ... 218
Uterina por presentación transversal (Rotura) 138
Utero (La morfogénesis del) 139

V

Vacunación de cavias con B. C. G. (Protidemia en la) 304
Vaginal (Examen en fresco del exudado) 288
Vertebral (Artrosis discosomática) ... 210
Vertebral (Hiperostosis anquilosante) .. 221
Vertebral en el tétanos del niño (Las lesiones de columna) 217
Vertebrales (Diagnóstico de las decalcificaciones) 129
VIRAL DE LA LEUCEMIA (LA ETIOLOGÍA) *161
Viral (Hepatitis aguda) 283
Virilización de la mujer 288
VITAL (INMANENCIA) *120
Vitamina B_6 (Acción terapéutica de la) 290
Virus poliomielítico (La neumonitis intersticial de) 135
Vulvar (Prurito) 214
Vómitos del lactante (Los) 290
Vulvovaginales (Leucoqueratosis) 133

X

X-gamma globulina (Un componente de la gamma globulina relacionado con la proteína c-reactiva) 213

ZARAGOZA, 15 JULIO 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

FIESTA DEL COLEGIO DE MÉDICOS

Como en años anteriores, el Colegio de Médicos de Zaragoza organizó varios actos en honor de su excelsa Patrona, Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.

El día 27 se celebró en la iglesia de Santa Catalina una misa solemne, oficiada por el vicario general, canónigo don Vicente Tena, y en la que predicó el P. Luis María Heras, de la Orden de Predicadores. La capilla del Pilar, que dirige el maestro Azagra, interpretó la Pontifical de Perosi y terminó el acto con el Responso, de Perosi, por los médicos fallecidos desde la fiesta anterior, y que son los siguientes: don José Teresa Bedera, don Manuel A. Fernández Merino, don Antonio Lacosta Lacosta, don Angel Asensio Sánchez, don Cecilio Pajares Valdivieso, don Manuel de Frutos Albareda, don Teodomiro Zamora, don José Luis Bastero Archanco, don Adolfo Chamorro Lobo, don Baldomero de Armijo García, don Miguel Merino Ezquerro, don Juan José Campderá Sala, don Patricio López Monguilán, don Vicente de Val Lucia, don Baldomero Barcelona Campos, don Enrique Vidal Huete, don Eduardo de Gregorio García-Serrano, don Gerardo Alpuente Cortés don Ambrosio del Valle Mateo, don Rafael Midón Andía, don Pedro José Mateos Gracia, don Miguel Cunchillos Olvés y don Fernando Lorente Sanz.

Al piadoso acto asistió la Junta del Colegio en pleno, presidida por don Ramón Celma, así como un gran número de colegiados y familiares.

Después la Junta del Colegio invitó a las autoridades y representaciones a un lunch, servido en el restaurante «La Vital».

LA SANIDAD MILITAR CELEBRÓ LA FIESTA DE SU PATRONA

Con gran brillantes celebró la fiesta de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, el Cuerpo de Sanidad Militar. La ceremonia religiosa fue presidida por el Capitán General, señor Baturone, que después inauguró oficialmente los nuevos Servicios de Maternidad y Puericultura del Hospital Militar, que están dotados de los elementos más modernos y eficientes.

FINALIZÓ CON ÉXITO EL PRIMER CURSO DE DIPLOMADOS DE SANIDAD

Durante cuatro meses consecutivos, se ha venido celebrando en nuestra ciudad el primer curso de diplomados de sanidad.

Ciento cincuenta alumnos de las profesiones de médicos, farmacéuticos y veterinarios han asistido a las clases teóricas y prácticas que durante todo este tiempo se han dado en las aulas y laboratorios de las Facultades de Medicina y Veterinaria, Instituto Provincial de Higiene y Colegio Oficial de Farmacéuticos.

La dirección del mismo fue encomendada al jefe provincial de Sanidad, doctor don Federico Bravo, y a los catedráticos de la Facultad de Medicina, doctores Lorente Sanz, Civeira, Azúa, Mateo Tinao, Pié Jordá, Gómez Lus y Oliver, presidente de la Real Academia de Medicina; el catedrático de la Facultad de Veterinaria, doctor Respaldiza; el jefe del Servicio Antituberculoso, doctor Tello; el del Servicio de Maternología, doctor Horno (don Ricardo); el de Puericultura, doctor Manrique; el inspector del S. O. E., doctor Fuertes; el jefe provincial de Farmacia, doctor Midón, y los pertenecientes al Instituto Provincial de Higiene, doctores Casas, Tarongi, Martín y Ruiz.

El pasado día 6 tuvieron lugar los exámenes finales, para lo cual se desplazaron de Madrid los profesores de la Escuela Nacional de Sanidad, doctores don José García Bengoa y don Luis Ramón y Cajal, y bajo la presidencia del doctor Bravo constituyeron el tribunal que posteriormente juzgó los ejercicios.

Por la noche, en los salones del Centro Mercantil, Industrial y Agrícola, tuvo lugar una cena de final de curso, a la que asistieron los profesores y alumnos, a cuya terminación el doctor Oliver, con su gracejo habitual, dirigió unas palabras a todos los asistentes, siendo muy aplaudido. Después el alumno don Antonio Mariñoso hizo entrega al doctor García Bengoa de un álbum que contenía las firmas de profesores y alumnos, para su entrega al director de la Escuela Nacional de Sanidad, doctor Clavero.

Como final, actuó un cuadro de jota.

Zaragoza se incorpora así al movimiento sanitario español, con su Escuela Departamental de Sanidad, poniendo al día a médicos, veterinarios y farmacéuticos, en las ciencias sanitarias, que, a no dudarlo, ha de redundar en beneficio de la colectividad.

Felicitamos al ilustrísimo señor jefe provincial de Sanidad, doctor Bravo, por el éxito de este primer curso y esperamos que en años sucesivos continúe la labor que desde su principio inició en esta provincia.

BODAS DE ORO DE LA PROMOCIÓN MÉDICA DE 1910

Recientemente se concentraron en la casa del doctor Oliver, en reunión íntima, los doctores que venían a celebrar sus Bodas de Oro con la profesión y que se habían licenciado en esta Facultad. Entre ellos se encontraban: el General Mancholas, el coronel Pey, el doctor Olarán, de Guipúzcoa; el de Castellón de la Plana, doctor Torres; de Vitoria, doctores De Juana y Martínez Salinas; Chavarría, de Calahorra; doctores García Abrines y Fuentes, de Zaragoza; Mariscal, de Barcelona, y De la Serna, de Almudévar (Huesca).

Acompañados de sus esposas, se dirigieron por la mañana a oír misa en la iglesia de Santa Engracia, seguida de un responso por los profesores y alumnos fallecidos. Después, en céntrico restaurante tomaron un pequeño desayuno, dirigiéndose a continuación al Parque de la ciudad, para depositar un ramo de flores en el monumento al doctor Cerrada, honrando en él a todos los catedráticos desaparecidos.

Seguidamente visitaron la Real Academia de Medicina y la Facultad, en donde fueron recibidos por el decano, doctor Civeira, quien les enseñó las reformas efectuadas en estos últimos tiempos, de la que hicieron grandes elogios los antiguos alumnos.

VIAJE CIENTÍFICO

En el Primer Congreso Europeo de Historia de Hospitales, celebrado en Regio-Emilia (Italia), ha tomado parte como miembro el doctor don Francisco Oliver, presidente de la Real Academia de Medicina de Zargoza, que presentó dos interesantísimas comunicaciones sobre los siguientes temas: Primera: «Los hospitales en el camino de Santiago, que entraba a España por Canfranc y Roncesvalles hasta Puente la Reina, y después por Burgos a Santiago». Segunda: «Las cofradías de San Cosme y San Damián», aparte de las biografías de los famosos médicos italianos Porcell y Josef Cervi. Todos sus trabajos fueron muy celebrados.

NECROLOGÍA

EL DR. FERNANDO LORENTE SANZ

Con gran sentimiento damos la noticia del fallecimiento del doctor don Fernando Lorente Sanz, figura destacada de la Traumatología y de la Cirugía Ortopédica aragonesas, gran militar y excelente caballero y amigo.

Poco esfuerzo es preciso para resaltar su destacada personalidad, no ya sólo en el terreno profesional, sino también en el particular, por reunir no solamente las características de formación de un cirujano competentísimo, sino las más apreciadas cualidades de caballerosidad y compañerismo, de rectitud y de afable trato con todos.

Descendiente de un ilustre médico que fue general de Sanidad Militar, y nacido en Zaragoza, cursó brillantísimamente sus estudios en esta Facultad, graduándose en 1927, e ingresando entonces en la Academia de Sanidad Militar, de donde salía al año siguiente como teniente médico, alcanzando después los grados sucesivos hasta el de teniente coronel, en 1953, que actualmente desempeñaba.

Su actividad ha sido extraordinaria, actuando tanto militar como civilmente, en diversas localidades, tanto en el Norte de Africa como en los frentes españoles y con la División Azul en Rusia, mereciendo siempre grandes alabanzas por su actuación y recibiendo preciadas condecoraciones.

Viajero infatigable, había recorrido en cuantas ocasiones se le presentaban, toda Europa, gran parte de Africa y América, asistiendo a numerosos congresos de especialidad, y a centros universitarios famosos.

Correctísimo en su trato con sus enfermos y con sus compañeros, era persona enamorada de su profesión de médico y orgulloso del uniforme que vestía; dejó en todos una estela gratísima de estimación y de afecto, bien puesta de manifiesto en el homenaje espontáneo de condolencia con motivo de sus funerales.

A todos sus familiares, y en especial a su hermano don Antonio, distinguido pediatra y amigo, expresamos el más sincero pésame por pérdida tan señalada para la Sanidad Militar y para la Medicina aragonesa.

R. H. L.

PROYECCIÓN DE PELÍCULAS CIENTÍFICAS

El día 18 de junio, y facilitadas por la «Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras», se proyectaron, en el salón de los «Laboratorios Casen», las siguientes películas:

«Parto sin temor»; «Reanimación del recién nacido», y «Anestesia peridural en Ginecología».

En el intermedio se sirvió una copa de vino español, siendo obsequiados los asistentes por el director, don Pedro Luis Roncalés, y sus familiares.

HERMANDAD DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

Durante las próximas fiestas, la Hermandad ha organizado los siguientes actos:

Día 17 de julio.—Salida para Teruel. Comida de Hermandad, en cuya sobremesa el Hermano doctor don Mariano Vicente Carceller charlará sobre «Algunos datos históricos de la Hermandad de San Cosme y San Damián de Teruel». Santa Misa en el Altar de los Santos Médicos en la iglesia de San Pedro. Conferencia en el salón de conferencias de la Jefatura Provincial de Sanidad, por el doctor Horno.

Día 18 de julio.—Santa Misa en la iglesia de San Pedro. Regreso, con comida en Daroca y visita de la ciudad. (Se están haciendo gestiones para poder adorar los Santos Corporales.)

Día 24 de junio.—Santa Misa en el Altar de los Santos Patronos de la iglesia de Peñaflor de Gállego. Comida de Hermandad en Huesca. Salve ante el altar de los Santos en la iglesia de Santo Domingo y San Martín. Conferencia en el claustro de la citada iglesia.

Día 25 de julio.—Santa Misa en el Santuario de Guara. Comida de Hermandad. En la sobremesa, el Hermano doctor don Emilio José Rosel Sáez charlará sobre «El folklore somontano y los Santos Cosme y Damián.» Regreso.

Día 14 de agosto.—Salida para Logroño. Santa Misa en Varea (ante el altar de los Santos Cosme y Damián, Patronos de la localidad) Comida de Hermandad en las Bodegas del Marqués de Murrieta. Conferencia en los salones del Instituto Provincial de Sanidad.

Día 15 de agosto.—Santa Misa en la villa de Ocón, iglesia de San Miguel, ante las Reliquias de los Santos, que estarán expuestas a los peregrinantes. Visita a la Fuente Santa, en cuyo sitio el Hermano doctor don Emilio José Rosel Sáez charlará sobre el tema «De cómo la devoción cosmedamiana inquieta al hombre». Comida ofrecida por el Ayuntamiento. Regreso por Arnedo donde se orará ante los Santos Patronos, protagonistas del famoso «Robo de los Santos».

Día 4 de septiembre.—Santa Misa en la Real Colegiata de Santa María la Mayor de Calatayud, ante los Santos Mártires Anagyros. Comida de Hermandad en las «Termas Pallarés» de Alhama de Aragón. Conferencia a cargo del Hermano doctor don Esteban Azpeitia Gutiérrez, presidente honorario de la Hermandad.

Día 26 de septiembre.—Recepción de los Hermanos e invitados de las mencionadas localidades. Conferencia en la Real Academia de Medicina, a cargo del Hermano doctor don Lorenzo Loste Echeto, de Huesca. Visita a la Basílica del Pilar. Cena de Hermandad.

Día 27 de septiembre.—Santa Misa en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia, ante el altar de los Santos Patronos. Junta General de la Hermandad. Conferencia del doctor don Ignacio Paricio Frontiñán. Clausura del ciclo.

Para la más completa y mejor organización, todos los Hermanos que deseen alguna información, solos o con sus familiares, y quieran tomar parte en este ciclo de apostolado, harán su inscripción en firme, para uno o más desplazamientos, por carta dirigida al Hermano doctor don Emilio José Rosel Sáez, calle Lugo, núm. 168, Zaragoza, quien facilitará toda la información y detalles precisos.

CURSOS

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

Con arreglo a las nuevas normas establecidas, la enseñanza teórico práctica de Traumatología y Ortopedia durará dos cursos académicos: 1.°, de Traumatología, y 2.°, de Ortopedia. La enseñanza comenzará el 1 de noviembre.

La enseñanza teório práctica será dada por el profesor Martín Lagos, con la colaboración de los profesores adjuntos, jefes de Servicio y eminentes especialistas españoles y extranjeros.

Los alumnos serán destinados a las distintas clínicas, así como al Servicio de Urgencia, en calidad de médicos adjuntos, y colaborarán 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 septiembre, y el importe de la misma será: Traumatología, 3.000 pesetas; Ortopedia, 2.000 pesetas.

«ENSEÑANZA DE LA ESPECIALIDAD DE FISIOTERAPIA», EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

A partir del 20 de septiembre hasta el 30 del mismo mes, queda abierta la matrícula de la «Enseñanza de Fisioterapia» para los alumnos de primero y segundo cursos. Las inscripciones se harán en la secretaría de la Escuela de Fisioterapia (Cátedra de Patología Quirúrgica del profesor F. Martín Lagos).

Para el segundo curso sólo podrán inscribirse los alumnos que hayan cursado y acabado las asignaturas del primer curso de la Escuela.

Para ser admitidos al primer curso, serán sometidos los aspirantes a un reconocimiento médico.

El número de alumnos de primer curso que pueden ser admitidos, es de doce. Los aspirantes que no tengan el título de ayudantes técnicos sanitarios, o sea, practicantes y enfermeras, deberán someterse a una prueba de secretaría de la Escuela.

HA FALLECIDO EN MADRID EL DOCTOR CARDENAL

A los 82 años ha fallecido el ilustre cirujano doctor don León Cardenal, uno de los hombres que más contribuyeron en España al desenvolvimiento de la Cirugía y a la formación de expertos y competentes quirurgos.

Damos a continuación sus datos biográficos más notables.



Don León Cardenal Pujals nació en Barcelona el 31 de enero de 1878, hijo del eminente cirujano don Salvador Cardenal, introductor en España de las modernas técnicas quirúrgicas, sobre todo en la antisepsia y de la asepsia.

Estudió el bachillerato en Barcelona, que terminó en 1898, y después, Medicina, examinándose simultáneamente en las Universidades de Barcelona, Ginebra y Berna. En el citado año de 1898 obtuvo el título de bacniller en Ciencias médicas por la Universidad de Ginebra, y cuatro años más tarde se licenció en Medicina con nota de sobresaliente en la Facultad de Barcelona, y doctor de la Universidad de Madrid en 1904.

Durante su estancia en Ginebra fue director de trabajos anatómicos en la Facultad de Medicina. Obtuvo posteriormente el título de doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Berna, de cuya Facultad de Medicina es médico interno de la Clínica de Medicina Internacional del profesor Sahli durante dos años. Después pasa a la Clínica Quirúrgica del profesor Kocher, del que es uno de sus discípulos predilectos y con el que desempeñó diversos cargos, hasta obtener por oposición, plaza en el Hospital de la Princesa, de Madrid.

En 1913, a los treinta y tres años, obtiene la cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid. Es ayudante de laboratorio de investigaciones con Cajal; director del Hospital de San Carlos durante veintidós años; rector de la Universidad Central; presidente de varios Congresos médicos y miembro de multitud de Academias, entre ellas de la Real de Medicina y doctor «honoris causa» por las Universidades de Heidelberg y Budapest.

Publicó numerosísimos trabajos y vertió al castellano obras tan importantes como las de Sahli, Quervain, Bergmann y Keen, esta última de dieciocho tomos, etc. Poseía también numerosísimas condecoraciones nacionales y extranjeras.

El 2 de octubre de 1913 dio su primera lección como catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, y el 22 de mayo de 1948, la última, es decir, explicó aquella cátedra durante treinta y cinco años.

INSTITUTO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

Noviembre de 1960: XXIII Curso Monográfico para postgraduados sobre «Malformaciones genitourinarias», y cursillos complementarios de Nefrología y Laboratorio urológico.

Abril de 1961: XXIV Curso Monográfico para postgraduados sobre «Novedades clínicas en Nrología» y cursillos complementarios de Urografía y Endoscopia.

Los cursos monográficos, de seis días de duración, son de plena dedicación, desde las ocho y media de la mañana hasta las siete de la tarde.

Los inscritos al curso, cuyo número es limitado, pueden continuar sus prácticas en el Instituto durante seis meses.

Enero a abril de 1961: Curso anual de especialización urológica.

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.

Para completar la información, dirigire a la secretaría del Instituto de Urología, Pabellón de la Asunción, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (13), España.

RECTIFICACIÓN

En nuestro número anterior apareció un artículo del Dr. Chabás, de Barcelona, sobre «Esbozo de una nueva etiopatogenia y terapéutica del cáncer», en el cual su nombre figura como Juan, cuando en realidad es José; queda con esto rectificado el involuntario error.

VIDA MEDICA NACIONAL

JUBILACIÓN DEL PROFESOR ENRÍQUEZ DE SALAMANCA

El doctor Enríquez de Salamanca ha sido objeto de un emocionante homenaje en la Universidad de San Carlos, con motivo de su jubilación. El acto le fue ofrecido por la promoción de médicos del año actual. Don Fernando Enríquez de Salamanca fue obsequiado con una placa de plata como recuerdo de su última lección. Asistieron numerosos catedráticos, médicos y estudiantes.

BODAS DE PLATA DE TRES CATEDRÁTICOS

En Santiago de Compostela, y coincidiendo con la celebración de la primera Asamblea de antiguos alumnos de aquella Facultad de Medicina, tuvo lugar un simpático acto, con intervención del Rector, señor Legaz y Lacambra, y vicedecano, doctor Novo, en el que se exaltó la labor de los profesores doctores Echeverry, Villanueva Castro y Pérez Villamiel, con motivo de sus Bodas de Plata con la enseñanza. Además, el profesor Echeverry recibió un homenaje cordial de sus alumnos, que le ofrecieron un bisturí de oro y un álbum de firmas, como prueba de afecto en tan señalada fecha.

INGRESO DEL DR. BAQUERO EN LA REAL ACADEMIA

El día 11 de junio y con gran solemnidad, leyó su discurso reglamentario en la Real Academia de Medicina de Galicia y Asturias, el doctor don Pedro García Baquero, sobre «Tratamiento de la sordera». Le contestó, en nombre de la Corporación, el doctor Pérez Hervada.

EL DR. JIMÉNEZ DÍAZ, PREMIO «MARCH» DE MEDICINA

El premio «Juan March» 1960, de Medicina, ha sido otorgado al ilustre profesor doctor don Carlos Jiménez Díaz.

El premio está dotado con quinientas mil pesetas, y ha sido el último en hacerse público este año.

El ilustre profesor lo ha donado íntegramente al Instituto de Investigaciones Clínicas, para los trabajos que allí se realicen.

Con este motivo, reiteramos al insigne clínico nuestra admiración y cordial enhorabuena.



EL DR. BLANCO SOLER, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE ENDOCRINOLOGÍA

Para ocupar la presidencia de la Sociedad Española de Endocrinología, vacante por el fallecimiento del malogrado doctor Marañón, fue elegido por aclamación el doctor don Carlos Blanco Soler, ilustre clínico y escritor.

JORNADAS DE TÉCNICA SANITARIA SOBRE ANÁLISIS DE ALIMENTOS

La Escuela Nacional de Sanidad, por su «Obra de perfeccionamiento sanitario», convoca estas jornadas sobre análisis de alimentos, comunes a médicos, farmacéuticos y veterinarios, que tendrán lugar en el Instituto Provincial de Sanidad de Santander, durante los días 20 al 30 del próximo agosto, con la colaboración de los doctores Clavero del Campo, Nazario Díaz, Fernández, Gómez Ullate, Vivancos, Martínez, Mirasierra, Cabayé, Bengoa y Del Real. Se concederán quince becas de 2.000 pesetas y 20 matrículas libres. Las instancias deben dirigirse antes del 1 de agosto a la secretaría general de la O.P.S.E., Escuela Nacional de Sanidad (Ciudad Universitaria) Madrid.

CURSO SOBRE MÉTODOS DE EXPLORACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dirigido por el profesor doctor Jiménez Díaz en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas (Clínica de Ntra. Sra. de la Concepción), de Madrid, se ha celebrado durante los días 4 al 9 del actual, en su Escuela de Postgraduados, un interesante cursillo sobre «Los altuales métodos de exploración en el diagnóstico diferencial y en la conducta terapéutica», que ha constituído un éxito y que ha servido perfectamente a los fines de información y valoración médica.

CLAUSURA DE CURSO DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA

La Sociedad Valenciana de Pediatría ha clausurado su curso 1959-60 con una solemnísima sesión que alcanzó los más altos niveles científicos. Presidió el acto el doctor Barcia Goyanes, decano de la Facultad de Medicina, teniendo a sus lados al profesor Guido Fanconi y al presidente de la Sociedad, doctor José Selfa, estando lleno el local de distinguido auditorio.

El presidente de la Sociedad Valenciana de Pediatría, doctor Selfa, hizo la presentación del conferenciante, figura señera de la Pediatría mundial, al que dedicó cordiales frases de simpatía y gratitud, le ofreció el título de Socio de Honor, obsequiándole con el primer tomo del Boletín de la Sociedad, encuadernado en riquísima pasta valenciana, como recuerdo de su visita.

El profesor Fanconi desarrolló el tema «Pathologie prenatale», con una claridad de exposición admirable, ilustrándolo con proyecciones muy demostrativas. Se refirió a las enfermedades del cromosoma sexual, de las enzimopatías, distinguiendo las enfermedades congénitas de las connatales, diciendo que las primeras responden a un «gen» y las segundas a influencias exteriores, entre las que cita la toxoplasmosis, rubéola y la influencia notabilísima de las hormonas, que pueden actuar desde el primer mes del embarazo. Al referirse a las enzimopatías, cita el caso curioso de una anemia producida por aspiración de vapores de naftalina, debido a que el segundo niño de una familia fue envuelto con los pañales del niño anterior, conservados en naftalina.

Refiriéndose al mongolismo, niega sea una enfermedad hereditaria, cosa que tiene una gran importancia, sobre todo en países como la Alemania de Hitler, donde el mongolismo suponía el exterminio de cualquier familia que tuviera un individuo afecto de esta enfermedad, que suponía una degeneración. Criterio erróneo, combatido con gran valentía por el profesor Fanconi, el cual demostró no intervenía para nada la herencia en la enfermedad.

NUEVOS MEDICAMENTOS CREADOS EN COLABORACIÓN POR CIENTÍFICOS ESPAÑOLES Y ALEMANES

La casa española productora de medicamentos «Laboratorios Fher, S. A.», de Barcelona, ha comunicado últimamente la constitución de una unión en investigación científica con la firma alemana de productos químico-farmacéuticos «Dr. Karl Tomae GmbH», de Biberach an der Riss. Según ello, los científicos españoles y alemanes de ambas empresas coordinarán en el futuro sus trabajos de investigación e intercambiarán sus experiencias científicas. La meta de esta unión hispano-alemana en investigación científica consiste en el desarrollo de medicamentos originales para la práctica médica diaria. La empresa española, dentro del marco de esta unión en investigación científica, ha alterado fundamentalmente el programa de producción que hasta ahora venía desarrollando y ha ampliado de un modo considerable el número de sus colaboradores, especialmente científicos. La firma alemana «Dr. Karl Thomae GmbH», es una de las empresas farmacéuticas más modernas de la República Federal, que en la postguerra ha llegado a situarse entre las primeras de la industria farmacéutica alemana. Sus instalaciones fabriles y sus laboratorios de investigación son amplísimos, y están provistos de los últimos adelantos de la técnica, albergando a más de mil quinientos colaboradores. Químicos, farmacólogos, biólogos, médicos y farmacéuticos en número superior a ciento cincuenta trabajan en los laboratorios de investigación y en los distintos departamentos científicos de la casa. En la actualidad, el programa de fabricación y venta comprende unas cincuenta especialidades, con más de sesenta presentaciones distintas y ciento cincuenta tamaños diferentes de envase. Además, la firma «Dr. Karl Thomae GmbH» colabora con importantes empresas extranjeras de Suiza y EE. UU., cuyos preparados elabora y en parte distribuye en el mercado alemán. A consecuencia del acuerdo arriba mencionado, la casa alemana producirá también los nuevos medicamentos que surjan de la investigación en los «Laboratorios Fher, S. A.», de Barcelona. La colaboración entre ambas firmas es una muestra más de los lazos científicos internacionales existentes entre Alemania y España, que desde la terminación de la guerra han conducido a una estrecha relación entre los dos países.

CURSOS

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

Del 1 de octubre al 17 de diciembre de 1960 se profesará en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona (Servicio de Cirugía del profesor J. Pi-Figueras), el curso anual de «Diagnóstico y técnica quirúrgica» para postgraduados.

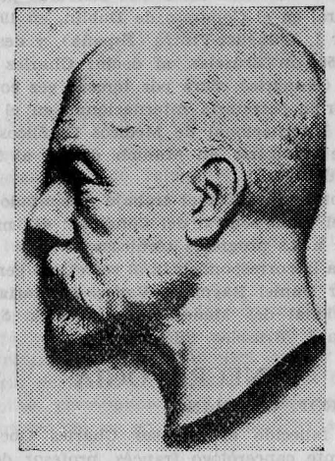
Asimismo, del 1 al 17 de diciembre de 1960, se celebrará el «IX Curso de Cirugía Abdominal», dedicado especialmente al estudio de las afecciones de intestino delgado, colon, recto y peritoneo.

Para informes e inscripciones, dirigirse a la secretaría del Servicio (Avenida S. Antonio M.ª Claret, 167) o al secretario de los cursos, doctor J. Puig Localle, Gerona, 122. Barcelona.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

EL CINCUENTENARIO DE LA MUERTE DE KOCH

El pasado 27 de mayo se ha cumplido el cincuentenario de la muerte del famoso bacteriólogo alemán doctor Robert Koch, descubridor del vibrión del cólera y del bacilo de



la tuberculosis. Robert Koch obtuvo en 1905 el Premio Nobel de Medicina. El cincuenta aniversario de su muerte ha sido conmemorado en todo el mundo con diversos actos académicos y universitarios.

TRIUNFOS DEL PROF. PETTINARI

En el último congreso internacional de Cirugía celebrado en Roma, con representación de cuarenta y dos países, actuó con gran acierto y autoridad como ponente del tema sobre «Resecciones hepáticas», el profesor Vittorio Pettinari, director de la Clínica quirúrgica de la Universidad de Padua. Dicho profesor, bien conocido por los médicos aragoneses por su participación en las Primeras Jornadas Médicas celebradas en Zaragoza, ha actuado también con notable éxito en el congreso alemán de Cirugía y en el del Mediterráneo latino, siendo invitado por la «Nord. Deutsche Chir. Gesellschaft» a exponer el «Estado actual en el diagnóstico de los tumores abdominales».

Nos complacen vivamente estos éxitos, por los que le felicitamos muy cordialmente.

UN MÉDICO, EMBAJADOR EN LA SANTA SEDE

El nuevo embajador de la República de Cuba cerca de la Santa Sede, es el doctor José Ruiz Velasco, oftalmólogo director del Hospital Provincial de Oriente, en la isla de Cuba.

SE PREPARA UNA PELÍCULA SOBRE EL DR. ROUX

Con objeto de honrar la memoria del doctor Roux, famoso bacteriólogo, descubridor del suero antidiftérico, se prepara el rodaje de una película este próximo invierno en París, en los lugares en que este ilustre científico realizó sus tareas.

El célebre actor Pierre Presnay se ha encargado de interpretar la figura de Roux. Ha sido el biólogo Jean Rostand quien ha tenido la idea de la confección de esta película, y quien se ha encargado de dar sus directrices esenciales.

SOBRE LA HISTORIA DE LA PENICILINA

El académico de Francia, André Maurois, ha pronunciado en Turín una notable y amena conferencia sobre la historia de la penicilina y sobre la vida de su descubridor, Sir Alexander Fleming, elogiando la figura del hombre y del científico que alcanzó el Premio Nobel en 1945.

DISTINCIÓN AL PROFESOR AMANDIO TAVARES

El Rector de la Universidad de Porto, profesor Amandio Tavares, ha sido distinguido por el Gobierno alemán, recibiendo su condecoración en el Consulado de Alemania en aquella ciudad.

AÑO MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL

La XXII Reunión Anual de la Federación Mundial de la Salud Mental se celebrará en Edimburgo.

La Reunión empezará el lunes día 8 de agosto de 1960, por la tarde, y terminará el sábado por la tarde, día 13 de agosto.

Durante la Reunión se tratarán los seis puntos del Año Mundial de la Salud Mental, que son:

1.º—«Las necesidades de la infancia y juventud».

2.º—«Encuestas nacionales sobre la enfermedad mental y la salud mental».

3.º—«Enseñanza de la salud mental».

4.º—«La salud mental y los problemas sociológicos del desarrollo industrial».

5.º—«Problemas psicológicos planteados por las migraciones».

6.º—«Salud mental y geriatría»,

siendo el tema central de la Reunión:

«La acción para la salud mental».

Para inscripciones e información dirigirse a la secretaría de la Federación Mundial de la Salud Mental (World Federation for Mental Health), 19, Manchester Street, London, W. 1.

CONGRESO DE STANDARDIZACIÓN MICROBIOLÓGICA

El VII Congreso Internacional de Standardización Microbiológica tendrá lugar en Wiesbaden (Alemania), del 5 al 10 de septiembre Esta reunión ha sido organizada por el Comité Internacional de Standardización Microbiológica, en su calidad de sección de la Sociedad Internacional de Microbiología.

Para inscripción y detalles dirigirse al VI Interstandard Kongress. Marburg/Lahn (Alemania), Postfach 167.

PRÓXIMO CONGRESO

La International Psychosomatic Cancer Rereach Association, fundada en los Estados Unidos y con sección europea recientemente formada, celebrará su Primera Reunión Internacional en Amsterdam, del 10 al 13 de agosto de 1960.

Se expondrán en forma de comunicaciones y de symposium, distintos aspectos de las relaciones entre cáncer y mecanismos psicosomáticos.

Los médicos españoles interesados en estos temas pueden solicitar ulterior información dirigiéndose al doctor P. Puig Muset, Rosellón, 118, Barcelona, o al doctor H. J. Baltrusch, sección europea de la International Psychosomatic Cancer Research Association, Oldenburg (OLDB), 10, Leignitzerstrasse, Alemania.

PREMIO INTERNACIONAL DE LA «FONDAZIONE E. CACACE»

La «Fondazione Ernesto Cacace» ha establecido oficialmente un premio de 350.000 liras al autor del mejor trabajo sobre el tema «Patología y clínica quirúrgica del lactante». Los trabajos se remitirán al señor secretario de la comisión examinadora, doctor Piero Repetto, vía Morghen, 4, Torino, antes del 31 de diciembre de 1962.

PREMIO INTERNACIONAL DE DEONTOLOGÍA MÉDICA «JUAN XXI»

La Asociación de Médicos Católicos Portugueses instituyó un premio internacional de Deontología Médica, denominado «Premio Juan XXI» (Juan fue médico portugués y Papa, en el siglo XIII), garantizado por ella durante el tiempo que pareciese conveniente y conferido por la secretaría internacional al mejor trabajo de Deontología Médica, presentado en cada congreso internacional de médicos católicos y subordinado al tema previamente escogido por la secretaría. El premio consta de una medalla de bronce con la efigie del Papa Juan XXI y de una suma en metálico, que hoy es de cinco mil escudos.

El trabajo, redactado en lengua materna del autor, deberá —si ésta no es ni el francés ni el inglés— ser acompañado de una traducción mecanografiada en uno de estos idiomas, en 7 ejemplares sobre un lado sólo de papel normal, esto es, a razón de veinticinco líneas por página, con veinte a treinta páginas de texto.

Los competidores deberán enviar sus trabajos a la secretaría internacional, con centro en Bruselas, hasta un mes antes de la realización del congreso.

El «Premio Juan XXI» fue atribuído por vez primera, en el Congreso de Dublín, en 1954, al doctor I. Balaguer-Vintró (España), y después, en 1958, en Bruselas, al doctor Charlez Méezaros (Hungría). Será por tercera vez conferido por la secretaría internacional, en el Congreso Internacional de Médicos Católicos, que ha de realizarse en Munich del 25 al 29 de julio de 1960.

Se otorgará al mejor trabajo presentado dentro del tema central del Congreso: «El médico frente a los progresos técnicos».

Toda la correspondencia al secretario general: Doctor Daniel Raymond Verly, secretáriat International des Médecins Catholiques. 5, rue Guimard, Bruselas (Bélgica).

NECROLOGÍA

EL PROF. OBERLING

Ha fallecido el profesor Charles Oberling, eminente cancerólogo francés, profesor de Higiene y Microbiología en la Facultad de Medicina de Strasbourg. Ultimamente llevaba la dirección del Centro de Investigaciones sobre el Cáncer, en Villejuif, y había organizado un Centro de Química Biológica y Microscopia electrónica del cual han salido importantísimos trabajos de Citología experimental.

El profesor Oberling estaba agregado a la cátedra de Medicina experimental del Colegio de Francia y en el año 1956 ingresó en la Academia de Medicina de París. Era uno de los que avanzaban la hipótesis del origen viral de los procesos cancerosos en los mamíferos. Sus estudios sobre leucemia y sobre los sarcocomas experimentales constituyen una importante conquista.

EL DR. DE GAETANI

Súbitamente, ha muerto el profesor **Giovanni de Gaetani**, catedrático de Anatomía Patológica en la Universidad de Modena. Tenía en la actualidad 57 años, y sus investigaciones se habían orientado hacia hisquimioterapia e histoquimioprofilaxis, con extractos de órganos.

EL DR. KENNEDY

Ha fallecido el doctor **Alexander Kennedy**, profesor de Psicología médica en la Universidad de Edimburgo y director del Hospital Real de Edimburgo. Su muerte priva a la Psiquiatría inglesa de una de sus más dinámicas y positivas figuras.

ZARAGOZA, 15 AGOSTO 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA NACIONAL

MONUMENTO A FLEMING

Cerca de la localidad de Hospitalet, en Tarragona, ha sido bendecido e inaugurado un busto de Sir Alexander Fleming, en una de las plazas de la nueva urbanización de la costa tarraconense. Asistió al acto la viuda del que fue ilustre científico, doña Amalia Fleming, llegada de Inglaterra, y asistieron a la inauguración el gobernador civil accidental, gobernador militar y otras autoridades.

Pronunciaron discursos para exaltar la memoria de Fleming, el cónsul general británico y otras personalidades. La esposa del ilustre científico dio las gracias en emocionadas frases.

HOMENAJE PÓSTUMO DE LA ARGENTINA AL DR. MARAÑÓN

El embajador argentino en Madrid ha hecho entrega a doña Dolores Moya de Marañón de las insignias de la Gran Cruz de la Orden del Libertador San Martín, condecoración que el gobierno argentino concedió a título póstumo al inolvidable doctor Marañón.

ENTREGA DE LA MEDALLA DE ORO DE LA CRUZ ROJA A LA VI FLOTA AMERICANA

En Barcelona se ha hecho entrega de la medalla de oro de la Cruz Roja española a la VI Flota de los Estados Unidos en el Mediterráneo, por su aportación a la compra de una ambulancia para dicha benemérita institución.

Asistieron al acto el almirante Anderson; vicepresidente accidental de la Cruz Roja, doctor Domenech Martí, y numerosas autoridades y representaciones, así como el cónsul de Estados Unidos en Barcelona, míster Jones, agregado naval, míster Danowitz y representación de todas las armas y buques de la Flota norteamericana.

Se leyó una carta del presidente delegado de la Cruz Roja, destacando los méritos de la VI Flota; después, el almirante Anderson pronunció unas palabras de agradecimiento y complacencia por la distinción. Luego entregó un cheque de doscientas mil pesetas para contribuir a los trabajos y esfuerzos de la Cruz Roja barcelonesa.

HOMENAJE AL DR. SICILIA

Con verdadera satisfacción damos cuenta de que recientemente se ha tributado en Madrid un cordialísimo homenaje al ilustre dermatólogo doctor don Felipe Sicilia Traspaderne,



con motivo de cumplirse el medio siglo de su ingreso en el cuerpo facultativo del Hospital Provincial y del de San Juan de Dios.

El acto fue presidido por el director general de Sanidad, que ostentaba la representación del ministro de la Gobernación. El doctor García Orcoyen dio cuenta de la concesión al doctor Sicilia Traspaderne de la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad. Al acto asistieron destacadas personalidades del mundo médico.

Esta revista, en la que figura como uno de sus más antiguos y constantes colaboradores, se enorgullece de este éxito del ilustre doctor, que ha dedicado toda su vida a un constante trabajo en favor de las clases humildes y de la ciencia dermatológica española.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LAS RESERVAS DE CEDULAS HIPOTECARIAS

Entre los valores que integran las reservas de Previsión Sanitaria Nacional, figuran cerca de 49 millones de pesetas nominales en cédulas del Banco Hipotecario de España, de diversas emisiones y rentabilidad. Por ello, se estima procedente efectuar somero estudio del pasado ejercicio del Banco mencionado, que se refleja en su última memoria, para conocimiento y tranquilidad de los mutualistas.

Uno de los aspectos que señala, al parecer con cierta amargura, es la limitación de posibilidades de colocar cédulas en el mercado, de una parte, por las disposiciones oficiales emanadas del plan de estabilización, y de otra, al no poder ser adquiridas por las Instituciones de ahorro, que habían sido siempre la principal clientela de absorción, encauzando el incremento en sus saldos a la financiación de importantes empresas de interés público. Dentro de esta observación, se encontraría incluída nuestra Mutualidad, desviada momentáneamente de tales inversiones por ofertas de mayor rentabilidad en otros valores, también poseedores de todas las garantías estatales precisas. Aún así, se colocaron 521 millones de pesetas; lo que evidencia el prestigio de las cédulas y su valor como atracción del ahorro. El total de cédulas en el mercado es de 3.400 millones de pesetas.

En los préstamos a largo plazo, se invirtieron 1.125 millones de pesetas, con la diferencia en menos de 314 millones, que representa sobre el 27'91 por ciento; la gran mayoría, en préstamos especiales destinados a las finalidades de interés general de la Ley de 13 de diciembre de 1943, con la contrapartida de cédulas exentas. El tipo de interés de préstamo se elevó en un uno por ciento, para hallar en él atractivo de capitales de contrapartida.

El índice de reembolsos fue del 1'81 por ciento, un poco menor, en alguna centésima, del año anterior. El volumen de los atrasos, constituye cifra nada extraordinaria, desde luego superior a anteriores ejercicios.

Habiendo aumentado también ligeramente la adjudicación de fincas, representadas por unas pocas cienmilésimas del saldo de la cartera de préstamos.

La firmeza general del Banco, que no atañe para nada a los intereses de la Mutualidad, lo demostraría la ampliación de su capital social, con negociación en Bolsa de sólo el 10 por ciento de los derechos; y el reparto de un dividendo anual total del 14 por ciento.

Gran parte de las reservas de la Mutual correspondientes a cédulas de este Banco, fueron adquiridas en muy buenas condiciones, con rentabilidad que excede del 5 por ciento; y como las generales de funcionamiento de la Institución, aun cuando restringidas por la actual situación económica, se consideran buenas, parece procedente aconsejar la continuación de dichas reservas; y aun su incrementación, si las circunstancias económicas lo aconsejan así en algún momento.

Siempre alerta, es la consigna del Consejo de Previsión.

Dr. J. Luis Yagüe y Espinosa.

III CURSO DE CIRUGÍA TORÁCICA EN EL GRUPO SANATORIAL DE SANTA MARINA

Organizado por el departamento quirúrgico de este Centro, y bajo la dirección del doctor Carmelo Gil Turner, del 1 al 23 de julio se ha celebrado el III Curso de Cirugía Torácica, al que han asistido médicos cursillistas procedentes de toda España. La actividad clínico-quirúrgica ha sido muy intensa, habiéndose efectuado diecinueve intervenciones quirúrgicas de pulmón y corazón y presentado a discusión en las sesiones clínicas más de treinta enfermos con distintos procesos cardíacos y broncopulmonares. Los alumnos cursillistas participaron directamente en los trabajos realizados en las secciones de cateterismo cardíaco, broncoscopia y broncografía, pruebas funcionales respiratorias que dirigen los Dres. E. García Sainz, F. Vara, J. A. Iriarte, A. Boyero e I. Fernández. Tuvieron lugar demostraciones prácticas de las técnicas operatorias y de exploraciones más modernas, especialmente de las de circulación extracorpórea, en las que esta institución ha destacado recientemente.

En las sesiones cinematográficas se proyectaron las siguientes películas obtenidas de operaciones realizadas en el departamento quirúrgico: «Pericardiectomía por pericarditis constrictiva», «Comisurotomía mitral», «Coartación de aorta», «Técnicas operatorias del conducto arterioso persistente», «Coartación de aorta», «Neumonectomía por cáncer con ligadura intrapericárdica de los vasos pulmonares», «Resección segmentaria por tuberculosis pulmonar», «Toracotomía bilateral por hidatidosis pulmonar», «Tumor del mediastino» y «Estenosis congénita de esófago».

Pronunciaron lecciones magistrales los doctores J. Arróspide (Bilbao), J. Casas (Madrid), F. Coll Colomé (Barcelona), J. M. Beltrán de Heredia (Valladolid), H. Durán (Valladolid), y E. Ortiz de Landázuri (Pamplona).

REUNIÓN DE DIRECTORES DE LAS ESCUELAS DE PUERICULTURA

En el salón de actos de la Escuela Nacional de Puericultura, de Madrid, se reunieron durante los días 9 al 11 de junio, los directores de las Escuelas de Puericultura, para tratar de los siguientes e interesantes problemas: Las enseñanzas y títulos de las Universidades y Escuelas de Puericultura; problemas económicos y problemas de personal y profilaxis.

PREMIOS

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 pesetas, el tercero de 1.000 pesetas, y varios accésits de 500 pesetas.

Pueden optar a dichos premios todos los médicos españoles y extranjeros, menores de 40 años.

El plazo de admisión de artículos termina el 31 de diciembre del corriente año.

Los trabajos pueden ser redactados en el idioma propio del autor, debiendo llevar un resumen en francés e inglés suficientemente extenso (unas quinientas palabras) para que permita a los lectores de habla diferente hacerse cargo del contenido del trabajo.

Los originales deben ir escritos en cuartillas a máquina, y remitirse a la siguiente dirección: Instituto Barraquer, Laforja, 88, Barcelona.

PREMIOS DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA PARA EL CURSO 1959-60

La Sociedad Valenciana de Pediatría convoca un concurso para premiar en el presente año académico aquellos trabajos científicos que, mereciéndolo, se ajusten a las siguientes condiciones:

1.ª Los premios serán tres, a saber:

Premio «Dirección General de Sanidad», dotado con 2.000 pesetas. Tema libre de Pediatría y Puericultura. Pueden aspirar a él todos los médicos que lo deseen.

Premio «Sociedad Valenciana de Pediatría», dotado con 2.000 pesetas, a la mejor historia clínica comentada sobre un tema de la especialidad. Sólo podrán concurrir al mismo los médicos postgraduados por tiempo menor de cinco años.

Premio «S.A.M.», dotado con 8.000 pesetas. Tema libre de Pediatría y Puericultura. Podrán concurrir a él los médicos pertenecientes a la Sociedad Valenciana de Pediatría.

2.ª Los trabajos presentados deberán ser inéditos y fruto de labor personal.

3.ª Los trabajos estarán escritos en cuartillas por una cara, a máquina y doble espacio; redactadas en castellano, sin firma, ni rúbrica, ni indicación alguna que pueda revelar el nombre del autor, y por el sistema de lema y plica.

4.ª Los trabajos y el sobre con el lema y la plica se presentarán en la secretaría de esta Sociedad (Isabel la Católica, 8), antes del 30 de diciembre de 1960, indicando concretamente el premio a que se concurra.

5.ª La adjudicación de los premios se hará por un jurado formado por el presidente y cuatro miembros de la Junta Directiva de la Sociedad, y su entrega tendrá lugar en la sesión inaugural del curso de los años 1960-61.

6.ª Los trabajos premiados quedarán de propiedad de la Sociedad y serán publicados en su Boletín.

7.ª Los trabajos no premiados deberán ser retirados por sus autores.

CURSOS

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

En el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, que dirige el profesor doctor V. Bosch Olives, del 15 de octubre de 1960 al 15 de junio de 1961, se celebrarán:

El I Curso de especialización para postgraduados. Encargado: doctor Navés. Se admitirán diez alumnos, por orden de inscripción.

Un Seminario, donde se hará discusión de los problemas que se presenten en la labor diaria del Servicio. Encargado: doctor Rubies.

I Curso Monográfico, que comprenderá una serie de conferencias sobre «Temas de actualidad en Cirugía del aparato locomotor». Encargado: doctor Jornet.

El importe de la matrícula del I Curso de especialización será: para el curso completo, cuatro mil pesetas; sólo Ortopedia o Traumatología, dos mil quinientas pesetas.

Para mayor información, y programas, dirigirse a la secretaría del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.

LOS DRES. PELEGRÍN Y ESTEVE, NUEVOS MÉDICOS DE LA ASOCIACIÓN DE LA PRENSA

Recientemente, la junta directiva de la Asociación de la Prensa de Zaragoza tomó el acuerdo de nombrar médicos del cuerpo de asistencia facultativa de la misma, a los prestigiosos doctores zaragozanos don Enrique Pelegrín Solá y don José Esteve Gimeno, ambos especialistas en Ortopedia y Traumatología, y personas muy apreciadas en esta ciudad.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

EL TRICENTENARIO DE LA REAL SOCIEDAD INGLESA DE MEDICINA

La «Royal Society» de Londres celebra en este año el tricentenario de su fundación en 1660. En esa época se estableció definitivamente, hasta la fecha, señalando una era de gran desarrollo para las Ciencias y para la Medicina.

Entre los presidentes más destacados figuran; Wren, Sloane, Pringle, Brodie, Lister, Sherrington, Hopkins y Henry Dale, y a ella han pertenecido los médicos y científicos más destacados del mundo entero.

La importante revista «British Medical Journal» ha dedicado un interesante número a este señalado acontecimiento.

EL NUEVO MÉDICO DEL PAPA

Después de la dimisión del profesor Galeazzi Lisi, ha sido designado para asumir la dirección de los servicios sanitarios vaticanos, el médico pontificio profesor Filippo Rocchi.

MUERE UN GRAN HEMATÓLOGO

El profesor doctor **V. Schilling**, director de la Clínica Universitaria de Rostock, ha fallecido en aquella localidad, a los 76 años. Era autor de una importante obra de Hematología y de otros interesantes trabajos, habiendo figurado también como presidente de la Sociedad de hematólogos alemanes.

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES DE LOS ÓRGANOS TORÁCICOS

Tendrá lugar en Viena, del 28 de agosto al 1 de septiembre, bajo el patrocinio del «American College of Chest Physicians». En él se realizarán un conjunto de conferencias sobre temas de actualidad y coloquios en los que se tratarán los temas solicitados y detallados en los programas.

Información, inscripciones y detalles, en la secretaría general: Frankgasse, 8, Wien, IX.

UNIVERSIDAD ITALIANA PARA EXTRANJEROS EN PERUSA

Durante los trimestres abril, mayo, junio 1960; julio, agosto, septiembre 1960; octubre, noviembre, diciembre 1960, se celebrarán:

Cursos de Alta Cultura: 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.

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.

Durante el desarrollo de los cursos, se efectúan conciertos, representaciones teatrales, excursiones a lugares famosos por arte, por bellezas naturales y por tradiciones.

Los extranjeros (de cualquier nacionalidad) son admitidos sin obligación de presentar títulos de estudio, y todos tienen derecho a especiales facilidades para el viaje, a los visados gratuitos en los pasaportes, a la entrada libre en las Galerías y en los Museos.

Los inscritos en los cursos tienen a su disposición, en el edificio de la Universidad, una biblioteca especial, constituída por más de cuarenta mil volúmenes en obras italianas, francesas, inglesas, alemanas.

Los profesores reciben, en días y horas señalados, a los estudiantes que necesiten informes e indicaciones bibliográficas, así como ayuda y consejos para los trabajos literarios e históricos que quieran presentar.

Pídanse los programas detallados a: Segreteria della Università Italiana per Stranieri. Palazzo Gallenga. Perugia (Italia).

CURSO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA PARA POSTGRADUADOS

Organizado por la II Cátedra de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Madrid e Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología, bajo la dirección del profesor J. Botella Llusiá, se ha organizado este curso, que durará desde el 1.° de octubre de 1960 hasta el 30 de junio de 1961.

El curso estará limitado a veinte plazas inampliables. La matrícula será de diez mil pesetas, pagaderas por anticipado. La matrícula quedará abierta el día 1.° de julio de 1960, y se cerrará el 30 de septiembre. Para reservar plaza será preciso entregar dos mil pesetas en concepto de señal.

Para la matrícula, dirigirse al doctor Caballero Gordo. Secretario del Curso para Postgraduados. Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología. O'Donnell, 48. Madrid.

TRIUNFO DEL DR. VÁZQUEZ ARNEDO

El joven y notable cirujano doctor don Manuel Vázquez Arnedo acaba de obtener un gran éxito académico y profesional al ganar, tras brillante actuación, la plaza de profesor adjunto de la cátedra de Patología Quirúrgica del catedrático profesor Lozano, de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

ZARAGOZA, 15 SEPTIEMBRE 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

EL DR. LA FIGUERA, NUEVO DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Por disposición del B. O. del Estado, ha sido designado como Decano de la Facultad de Medicina de Zaragoza el doctor don Enrique de la Figuera, catedrático de Patología Médica, prestigiosa figura zaragozana que cuenta con grandes simpatías en la región.

Al felicitar del modo más cordial al doctor La Figuera y desearle los mayores aciertos en este cargo, queremos dedicar también una cariñosa despedida al Decano saliente, el también prestigioso catedrático de nuestra Facultad don Fernando Civeira Otermín, que deja realizadas tan importantes obras de restauración y de implantación de nuevos servicios e instalaciones en esta Facultad.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

La Sociedad Española de Neurología celebrará su VI Reunión Bianual en las aulas de la Facultad de Medicina de Zaragoza, los días 21, 22 y 23 de octubre próximo. En el transcurso de la misma se desarrollarán y discutirán las siguientes ponencias:

1. Bases anatomofisiológicas de las alteraciones de la circulación cerebral.
2. Trastornos del lenguaje.
3. Prevención y asistencia de los accidentes de tráfico.

VIAJERO ILUSTRE

Después de haber asistido a las tareas del IX Congreso Europeo de Cirugía Cardiovascular, donde presentó sus notables aportaciones, ha permanecido unas horas en nuestra capital el doctor Ake Senning, de Stockholm, uno de los más prestigiosos cirujanos del mundo en esta especialidad. Fue acompañado por el doctor Andrés Aguilar, íntimo colaborador y amigo, quien le hizo conocer las instituciones sanitarias locales.

EL DR. ELVIRA, NUEVO JEFE DEL SERVICIO DE HIGIENE

Por jubilación del doctor don Carmelo Araiz ha sido ascendido al cargo de director del Instituto Municipal de Higiene el doctor José Elvira Goicoechea, persona muy estimada entre los médicos zaragozanos por sus excelentes dotes personales, y antiguo coaborador de esta revista. Le enviamos nuestra cordial felicitación.

MUERE EN ACCIDENTE EL MÉDICO DE GELSA

El día 1 del actual sufrió mortal accidente, en el kilómetro 40 de la carretera de Zaragoza a Castellón, don Ignacio Gálvez Ramírez, médico de Gelsa, quien se dirigía en motocicleta hacia nuestra ciudad. El accidente sobrevino al chocar con su vehículo contra un camión.

Trasladado a Zaragoza falleció a poco de ingresar en una clínica particular. Su muerte ha sido muy sentida.

CONCESIÓN DE INDULGENCIAS POR BESAR EL ANILLO DE LA ESPOSA

«Para favorecer el amor y la fidelidad conyugal, sobre todo en este tiempo en el que los derechos naturales y divinos del matrimonio tan indigna y frecuentemente son despreciados, Su Santidad Juan XXIII, Papa por la Divina Providencia, en la audiencia del 21 de noviembre, acogiendo de buen grado la petición que le fue hecha por el Cardenal Penitenciario, se ha dignado conceder a los cónyuges que piadosamente besaren, individualmente o en común, el anillo nupcial de la esposa, y recitaren con devoción y contrición la invocación «Concédenos, Señor, que amándote nos amemos el uno al otro y vivamos según tu santa ley», u otra semejante, el poder beneficiarse una vez en el día del aniversario de la boda, de una indulgencia parcial de trescientos días.»

VIDA MEDICA NACIONAL

FRANCO INAUGURA EN SAN SEBASTIÁN NUEVAS INSTALACIONES SANITARIAS

Coincidiendo con las fiestas de esta ciudad, el Jefe del Estado ha inaugurado nuevas obras hospitalarias: un nuevo **Hospital Provincial** y una **Residencia del S.O.E.**

El nuevo **Hospital Provincial de Guipúzcoa** tiene capacidad para 162 camas y es susceptible de ampliación hasta 210. Posee cinco quirófanos y tienen los servicios de especialidades diecisiete médicos jefes, treinta y ocho ayudantes y agregados y ocho médicos internos, además del personal subalterno.

El edificio consta de sótano, planta baja y cinco pisos. En el sótano se hallan los servicios generales; en la planta baja, las salas de recepción, consulta, capilla y otros servicios de especialidades; en el piso primero están el quirófano principal y otros, medicina y cirugía de mujeres, laboratorio, farmacia y médicos internos; en la planta segunda, la comunidad de religiosas y los servicios de maternidad y pediatría; en la planta tercera, medicina y cirugía de hombres; en la planta cuarta se instalarán en su día los enfermos crónicos, y la planta quinta se destina a almacén. En el nuevo Hospital Provincial, la Diputación ha invertido 40 millones de pesetas.

La **Residencia Sanitaria del Seguro de Enfermedad** ha sido edificada sobre una estructura que fue hecha por la Diputación Provincial de Guipúzroa en 1934, y que posteriormente adquirió el Instituto Nacional de Previsión. Se trata de una superficie edificada de 31.086 metros cuadrados, que consta de seis modernísimas plantas. La edificación tiene forma de «H» y para dar una idea de su extensión baste decir que tiene más de dos kilómetros y medio de pasillos.

La Residencia Sanitaria del Seguro de Enfermedad tiene capacidad para 378 camas, y puede ser ampliada hasta 450. La plantilla del personal facultativo la integran treinta y tres médicos residentes, además del personal sanitario auxiliar. Posee ocho quirófanos, seis de ellos para especialidades diversas y dos para Obstetricia. El número de personas que se beneficiarán de todos los servicios que se prestan en esta Residencia Sanitaria asciende a 295.039 afiliados de toda la provincia de Guipúzcoa.

NUEVOS RECTORES DE UNIVERSIDAD

Para regir la Universidad de Granada ha sido designado el profesor don Emilio Muñoz Fernández, distinguido profesor de aquella Facultad y en la que durante varios años fue decano y figuró también al frente de la Asociación de Antiguos Alumnos.

Don Alfonso Balcells Gorina, nombrado rector de la Universidad de Salamanca, nació en Barcelona, en 1915, donde cursó sus estudios, obteniendo el premio extraordinario de la licenciatura de Medicina. En 1942 obtuvo una beca «Humboldt», trabajando en la Universidad de Heidelberg y en los hospitales universitarios de Francfort, Munich, Dublín, Londres y Oxford. Se doctoró en Medicina por Madrid. Trabajó como profesor adjunto en la cátedra de Patología Médica, y como médico de guardia del Hospital Clínico de Barcelona hasta la obtención, por oposición, de la cátedra de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Salamanca.

Ha desempeñado el cargo de director del Colegio Mayor Monterols, de Barcelona, y en la actualidad desempeñaba el de vicerrector de la Universidad de Salamanca. Ha publicado numerosos trabajos, Fue presidente de los estudiantes católicos de la Universidad de Barcelona.

Don Angel Jorge Echeverri, nuevo rector de la Universidad de Santiago de Compostela, nació en dicha ciudad en 1904. Fue alumno interno numerario por oposición del Hospital Clínico de Santiago, premio extraordinario de licenciatura y premio Fernández Carril. Doctor en Medicina y Cirugía, con la calificación de sobresaliente. Profesor auxiliar por oposición de la cátedra de Anatomía de la Facultad de Santiago, hasta la obtención de esta cátedra por oposición en 1935. Ha realizado estudios en Portugal, Italia, Francia y Bélgica, sobre materias de su especialidad, principalmente sobre embriología y sistema vascular linfático. Fundador de la revista «Archivos de Anatomía», es miembro de gran número de asociaciones médicas españolas y extranjeras.

EL DR. LÓPEZ IBORT, CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA DE MADRID

La cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Madrid, que había dejado vacante el doctor Vallejo Nájera, ha sido ocupada por el doctor don Juan José López Ibort. Actualmente, el doctor López Ibort era catedrático de Psicología Médica en la misma Facultad. Es, desde el año 1951, académico de la Real de Medicina. Asimismo, es académico correspondiente y de honor de numerosas entidades científicas extranjeras.

SE CELEBRÓ EN BILBAO UNA REUNIÓN DE COLEGIOS MÉDICOS DE LA MITAD NORTE DE ESPAÑA

Durante dos días se ha reunido en el Colegio de Médicos de Bilbao la representación de los Colegios de Médicos de la mitad del Norte de España.

Han asistido veinticuatro presidentes, entre ellos el doctor Celma, presidente de nuestro Colegio, y representantes de la Asociación Nacional de Médicos Titulares, entre los que hay personalidades de la vida nacional en varios aspectos.

Se celebró la sesión de clausura, presidiendo el director general de Sanidad, doctor García Orcoyen, al que acompañaban el presidente del Consejo General de Colegios Médicos y consejero del Reino, don Antonio Crespo Alvarez.

Pronunció un discurso el presidente del Colegio de Vizcaya, don José Ramón Repáraz, abriendo el acto. Luego, el presidente del Colegio de Barcelona, doctor Trías de Bes, y finalmente el doctor Crespo Alvarez y el director general de Sanidad, doctor García Orcoyen.

Los motivos de esta reunión han sido encauzar las aspiraciones de la clase médica, especialmente en los proyectos de extensión de la seguridad social.

EL «ROBOT HUMANO» DEJARÁ SU CEREBRO A LA FACULTAD DE MADRID

El joven conquense Francisco González Fernández, «el robot humano», que pretende batir el record mundial de sumas, ha declarado que dará a la Facultad de Medicina de la capital de España su cerebro el día que muera, con el fin de que se estudien los centros sensoriales y nerviosos de tan vital órgano, por si pudiera arrojar la investigación alguna luz sobre su portentosa facultad operatoria con números.

NECROLOGÍA

Sentimos tener que comunicar el fallecimiento de don Pedro Grañén Olivé, padre del doctor don Enrique Grañén Raso, de Barcelona, al que expresamos nuestra más sentida condolencia.

Δ - Hidrocloram

Pomada dérmica

En la mayoría de las afecciones cutáneas, los fenómenos hiper-reaccionales: prurito, edema, eritema, exudación, están habitualmente asociados a un elemento microbiano primario o secundario.

La actividad antiflogística de la Hidrocortisona y la extensión del poder antibiótico del cloramfenicol explican el interés de la pomada dérmica Δ - HIDROCLORAM en el tratamiento de las dermatosis inflamatorias.

PRESENTACION Y FORMULA

Tubo de 5 gramos de pomada titulada a:
—Excipiente c. s. p. ..... 5 gramos
—Prednisolona ..... 0'025
—Cloramfenicol ..... 0'10

INDICACIONES

—Alergia cutánea, dermatosis exudativas.
—Eczemas, intertrigos impetiginizados, articulares, submamarios, abdominales, interglúteos y de la región perineal.
—Pruritos circunscritos sobreinfectados.
—Epidermo-dermitis microbianas.

Docemine compuesta

PREPARACION ANTIANEMICA POLIVALENTE

Hierro iónico listo para la absorción y sinergia antianémica total con

VITAMINA B_{12}
30 MICROGRAMOS

GLUCONATO FERROSO
120 MILIGRAMOS

CONCENTRADO DE ANTRO PILORICO
36 MILIGRAMOS

Presentación: Frascos con 25 grageas

Por cesión especial de los
LABORATORIOS ROUSSEL, de PARIS

Laboratorios AMOR GIL, S. A. - Cartagena, 66 - MADRID

Representante: FELIX VELA PLACED - Cadena, 15, 2.° - ZARAGOZA

C. S. N.° .....

VIAJEROS ILUSTRES

Marchó en viaje a Puerto Rico, Chile y Argentina, el doctor don Antonio Puigvert, que asistirá a los actos del CL aniversario de la independencia de Chile, como delegado oficial del Gobierno español. En Buenos Aires, el doctor Puigvert asistirá al Congreso Internacional de Urología, que se celebrará a mediados del presente mes.

También para Roma salió el eminente oftalmólogo barcelonés doctor don Joaquín Barraquer, que se dirige al Medio y Lejano Oriente, para pronunciar diversas conferencias. Hablará en las Universidades de Estambul, Teherán, Hongkong y Tokio. Luego asistirá al Congreso de la Asociación Pan-Pacífica de Cirugía, en Honolulú, y en Manila el doctor Barraquer asistirá al Congreso de la Asia-Pacific Academy of Oftalmologie, como invitado de honor. Finalmente, de regreso a Europa, asistirá, especialmente invitado, al symposium internacional de injerto de córnea, que tendrá lugar en Praga.

SE HA CELEBRADO EN BARCELONA EL IX CONGRESO EUROPEO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

El día 1 fue inaugurado en el paraninfo de la Universidad de Barcelona el IX Congreso Europeo de Cirugía Cardiovascular, en el que han participado cerca de trescientos especialistas procedentes de veinticuatro países.

Presidió la sesión de apertura el gobernador civil y jefe provincial del Movimiento, al que acompañaba el rector de la Universidad, doctor Torroja; el presidente de la Sociedad Europea de la especialidad, doctor Ernest Derras, de Alemania, y el secretario general, doctor Georges Arnuff, de Francia, y otras personalidades.

Hizo uso de palabra el doctor Derras, quien expuso los fines del Congreso y los temas principales que serían debatidos en el mismo.

Habló luego el doctor Arnuff para ponderar los avances obtenidos en la cirugía cardiovascular y en nombre de los congresistas extranjeros hizo presente la gratitud de todos a las autoridades españolas y a sus colegas, por las atenciones que reciben. Finalmente, el gobernador civil, señor Acedo, resaltó la importancia de esta reunión científica, cuyas tareas declaró inauguradas en nombre de Su Excelencia el Jefe del Estado, presidente de honor del IX Congreso.

Seguidamente, en la galería del patio interior fue inaugurada una exposición de instrumental y material médico quirúrgico nacional y extranjero, y después, en el aula magna, se celebró la primera sesión de trabajo, que continuaron con gran animación en días sucesivos, con arreglo al programa establecido.

CONGRESOS

EL V CONGRESO INTERNACIONAL DE LA NUTRICIÓN

El día 1 de septiembre fue inaugurado este importante congreso en Washington, con asistencia de representantes de cincuenta y nueve países de todos los continentes. Al acto asistió el presidente Eisenhower, que pronunció un importante discurso sobre economía política y distribución de sobrantes de cosechas.

X CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Se celebrará en Madrid, del 24 al 27 de octubre de 1960, con arreglo al siguiente avance de programa:

Domingo 23 de octubre: retirada de documentaciones en la sede del congreso; misa por los pediatras y puericultores fallecidos, en el Hospital del Niño Jesús (Avda. de Menéndez Pelayo, 65); recepción ofrecida por el Ayuntamiento de Madrid.

Lunes 24 de octubre: primera ponencia: «Problemas perinatales»; relator: profesor Antonio Galdó; proyección de films científicos; coloquio de la primera ponencia; comunicaciones a la primera ponencia; conferencia por el profesor Salazar de Sousa (Portugal), sobre «Forma osteopática de la enfermedad de Wilson en el lactante»; recepción ofrecida por la Diputación Provincial de Madrid.

Martes 25 de octubre: segunda ponencia: «Tumoraciones en la infancia»; relator: profesor C. Laguna; coloquio de la segunda ponencia; proyección de films científicos; comunicaciones a la segunda ponencia; sesión científica: «Actuación de la mujer pediatra en el campo de la especialidad»; relatora: doña Victoria Losada; correlatoras: doña Matutina Rodríguez de Torner, doña Dolores Vilar Gallego, doña Herminia Adrados; homenaje a los maestros de la Pediatría española (por el doctor Blanco Soler); cena ofrecida a los congresistas.

Miércoles 26 de octubre: Proyección de films científicos; sesiones clínicas simultáneas y visitas a diversos centros asistenciales; tercera ponencia: «El Hospital infantil»; relatores: doctores A. Lorente Sanz y M. Blanco Otero; coloquio de la tercera ponencia.

Jueves 27 de octubre: Comunicaciones a la tercera ponencia; mesa redonda sobre «Anoxia y reanimación del recién nacido»; presidente: profesor M. Suárez; asamblea de la Asociación de Pediatras españoles; lectura de conclusiones; designación de fecha, lugar y presidente del próximo congreso; cena final del congreso.

Viernes 28 de octubre: excursiones facultativas: a) Toledo (visita turística de la ciudad y almuerzo en los Cigarrales); b) Preventorio de Guadarrama, El Escorial, almuerzo en el «Hotel Felipe II», visita al valle de los Caídos y fiesta campera.

Notas complementarias:

La sede del congreso está instalada en el salón de actos de la Delegación Nacional de Sindicatos (Paseo del Prado, 18 y 20).

En los mismos locales del congreso se celebrarán dos exposiciones: una científica y otra comercial.

Se prepara un programa especial para señoras y congresistas agregados.

Cuotas de inscripción: congresista numerario (licenciado o doctor en Medicina), 700 pesetas; congresista agregado, 400 pesetas; (cada congresista numerario podrá inscribir, como máximo, a dos congresistas agregados); cuota especial para los miembros de la Asociación de Pediatras españoles (Sociedades de Pediatría): congresista numerario, 500 pesetas; congresista agregado, 300 peetas; congresista colectivo (organismos médicos o centros sanitarios): cuota, 2.500 pesetas.

Para toda información complementaria pueden dirigirse a: don Enrique Bravo, director administrativo del congreso, Plaza de España, 17, Madrid (13).

REUNIÓN PEDIÁTRICA DE LA UNIÓN MÉDICA MEDITERRÁNEA

Del 25 al 28 de junio de 1961 se celebrará en Alicante la reunión pediátrica de la Unión Médica Mediterránea, bajo los siguientes temas:

«Corticoesteroides en el tratamiento de las enfermedades víricas y bacterianas agudas (excepto tuberculosis)».

«Asma infantil».

«Malformaciones congénitas de las vías urinarias».

Mesa redonda sobre «Estados intersexuales y estudio cromosómico del sexo».

Para información, dirigirse a la secretaría general, doctor F. Corominas Beret, Avda. Generalísimo Franco, 360, 2.º, 2.ª. Barcelona.

CURSOS

CURSO DE PEDIATRÍA PARA MÉDICOS, EN SEVILLA

El Primer Curso de Especialización, organizado por la Escuela Profesional de la Facultad de Medicina de Sevilla, que dirige el profesor Suárez, comenzará el próximo mes de octubre. La enseñanza completa tendrá una duración de dos años. Plazo de matrícula, del 1 al 20 de septiembre. Derechos académicos, 5.000 pesetas. Los médicos matriculados podrán asistir a todos los cursos que organiza la Cátedra y la Escuela, sin abonar nuevos derechos. Plazas limitadas. Información: Cátedra de Pediatría, Secretaría Cursos. Apartado 514, Sevilla.

PRÓXIMOS CURSOS DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

En el Servicio de Ginecología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, que dirige el doctor A. Ponjoan, se celebrarán los siguientes cursos de ampliación de estudios:

IX Cursillo de Ginecología para postgraduados, sobre «Diagnóstico y terapéutica quirúrgica ginecológica», dirigido por el profesor A. Ponjoan, con la colaboración de los médicos del servicio.

Comenzará el 17 de octubre de 1960, para terminar el 19 de noviembre. Su carácter será eminentemente práctico, ya que los participantes se incorporarán a los distintos departamentos del servicio y actuarán de un modo directo en el estudio, exploración clínica, preparación preoperatoria, intervención y curso postoperatorio de las pacientes. La exposición de las diversas técnicas quirúrgicas será completada con la proyección de películas científicas.

Durante el curso y simultáneamente con el mismo, se celebrará el Symposium anual, cuyos temas serán anunciados oportunamente.

Y **III Curso de Tocología para postgraduados**, también dirigido por el profesor A. Ponjoan, que contará con la colaboración de los médicos del servicio.

Este curso se iniciará el día 17 de octubre de 1960, y tendrá una duración de dos meses, ajustándose al programa establecido.

Finalizada cada conferencia tendrá lugar una discusión en mesa redonda, en la que se comentarán las cuestiones planteadas por los asistentes.

Durante el curso serán proyectados varios films sobre temas obstétricos.

Los cursillistas asistirán y ayudarán por turnos en los partos e intervenciones obstétricas que tengan lugar durante el curso.

La matrícula está limitada a seis alumnos.

Para una más extensa información e inscripciones, dirigirse a la secretaría del servicio o a los secretarios de los cursos: de Ginecología, doctor J. Grau Colomé (Balmes, 26, pral.), y de Tocología, doctor A. de Lara (Avda. Generalísimo, 358), Barcelona.

CURSO PRÁCTICO DE ALECCIONAMIENTO TOCOLÓGICO PARA POSTGRADUADOS

El la Casa de Maternología Municipal de Barcelona, que dirige el doctor Juan Vanrell, tendrá lugar de octubre a diciembre de 1960 un curso práctico de tocología para postgraduados, organizado por la dirección, que comprenderá:

Conferencias prácticas diarias en el auditorio de la Casa de Maternología, de once a doce de la mañana.

Asistencia a los consultorios, partos e intervenciones.

Los inscritos practicarán durante dichos meses en régimen mixto con organización de turnos de guardia, colaborando con los jefes de servicio y médicos de guardia, en la asistencia a partos normales y operaciones tocológicas.

Al terminar sus estudios recibirán el correspondiente diploma acreditativo. El curso comenzará el día 3 de octubre próximo.

Matrícula con derecho a las prácticas: mil pesetas. (Número limitado a seis graduados.)

Para informes: administración de la Casa de Maternología, avda. José Antonio, número 477, Barcelona.

XIII CURSO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

Se celebrará en el Hospital Provincial de Madrid, en los servicios de los profesores C. Jiménez Díaz y C. González-Bueno, bajo la dirección de los doctores C. González-Bueno, H. G. Modena y C. Marina Fiol, con la colaboración del personal del servicio y otros expresamente invitados.

Tendrá lugar durante todo el mes de noviembre de 1960, y constará de conferencias, lecciones-coloquios, seminarios y prácticas de rayos X, endoscopia y laparacopia, y de análisis clínicos y anatomía patológica.

Simultáneamente se celebrará un Curso de Técnica Quirúrgica del Aparato Digestivo, asimismo bajo la dirección del profesor C. González-Bueno.

Se practicarán tres intervenciones diarias, a partir de las nueve de la mañana, de las distintas clases de afecciones y técnicas de las mismas de la especialidad. Durante los quince primeros días del curso los señores cursillistas ayudarán directamente en las intervenciones al jefe del servicio y jefes clínicos del mismo y en la segunda quincena practicarán las intervenciones ayudados por el jefe del servicio y colaboradores.

Durante el curso de las intervenciones se explicarán las indicaciones y procederes técnicos de cada caso.

El curso comenzará el día 2 de noviembre y terminará el día 30 del mismo mes.

El número de cursillistas médicos será el de diez; de estas plazas se reservan tres, para colegas hispanoamericanos, filipinos y portugueses.

La cuota de inscripción para el curso médico es de tres mil pesetas.

El número de cursillistas quirúrgicos será de cuatro, que serán cubiertas por riguroso orden de presentación. De estas plazas queda reservada una para colegas hispanoamericanos, filipinos y portugueses.

La cuota de inscripción para el curso quirúrgico (en el que va incluída la asistencia y trabajo al curso médico) es de diez mil pesetas.

El plazo de inscripción para el curso quedará cerrado de modo improrrogable el día 20 de octubre.

Las solicitudes de inscripción deberán dirigirse a la siguiente dirección: secretaría particular del doctor González-Bueno, calle de Villanueva, número 12, Madrid (España).

La secretaría remitirá recibo de la cuota y expedirá tarjeta de cursillista que le acredite como tal.

DIVERSAS

LA RESISTENCIA HUMANA PUEDE LLEGAR A CUARENTA DÍAS

Catorce días después del terremoto, fueron rescatados de entre las ruinas de Agadir cinco supervivientes. Este caso extraordinario plantea cuestiones de interés humano. ¿Hasta cuándo puede prolongarse su agonía si no son localizadas y salvadas? La resistencia humana no está sujeta a leyes invariables, y depende de la fortaleza física y moral de cada uno. Esta es una verdad comprobada en las diversas catástrofes similares a las de Agadir. No todos mueren el mismo día, y las diferencias suelen ser grandes.

Sin embargo, se admite que el término del límite de la resistencia humana es de cuarenta días, siempre que las víctimas puedan beber algo. Sin comer y sin beber, el organismo humano no resiste más de diez días. Si el organismo posee reservas suficientes para suplir durante cierto tiempo los alimentos, es más difícil luchar contra los efectos de la deshidratación. La sed es más agotadora que el hambre. Hay otras circunstancias, como el reposo absoluto, que pueden ayudar a prolongar la vida cuando el organismo carece de agua y comida.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

SE REITERAN LOS ACCIDENTES PERSONALES

Ya ha mejorado el tiempo atmosférico, con grandes alternativas. Se hace más grata y agradable la estancia al aire libre; y, con ella, la práctica de los deportes en su más amplísimo concepto. Esto se refleja inmediatamente en la Sección de Enfermedad de nuestra Mutualidad sanitaria. Los nuevos expedientes que se motivan aumentan en frecuencia traumatológica, hasta igualar, y aun rebasar, las restantes etiologías. Son bajas con incapacidad laboral para el trabajo profesional, que se presentan en edades de la vida más bien medianas, en la finalización de la segunda juventud y aun en esa posible tercera que parece existir ahora antes de la madurez.

En el desarrollo normal de las bajas laborales temporales de los profesionales sanitarios existe constante un porcentaje de origen traumático, que ofrece siempre ciertas peculiaridades, según las estaciones del año. Los traumas originados por el transporte se producen en todas las épocas; con lógico incremento en primavera y verano. En invierno se observan con alguna mayor frecuencia traumatismos originados por caídas y las edades en que se producen suelen ser más avanzadas.

La duración de baja laboral parece haber crecido, como si se cuidara más el lesionado antes de reemprender su trabajo habitual. Tal vez influya en esto la disminución del ejercicio libre o particular, único que se pierde en su totalidad con la baja, y al aumento del dependiente o asalariado, con cobertura y asistencia económica total o parcial en caso de incapacidad laboral (Montepíos, Mutualidades, cargos oficiales, etc); si bien esta cobertura suele ser escasa e insuficiente.

El aumento de los traumas repercute también en la Sección de Invalidez, generalmente bajo su forma temporal o de larga enfermedad, antes casi totalmente desconocida en este aspecto y manifiesta sólo en la total y permanente (lesiones de columna vertebral, amputaciones de miembros etc.). Por su vario origen no han podido deducirse, hasta ahora, otras consideraciones.

También la Sección de Vida presenta aumento de siniestros o fallecimientos producidos por accidente, en particular los debidos a medios de transporte, con incremento marcado conforme avanzan los ejercicios.

La despreocupación juvenil suele coincidir con las edades de mayor presentación de accidentes; y son frecuentes las quejas por cortedad del subsidio que corresponde, ya que la mayoría de las veces —y por desidia de los incapacitados— sólo se encuentran inscritos en los grupos obligatorios. Tienen mucha razón: 100 ó 250 pesetas mensuales de ayuda económica es muy poco; pero la culpa es sólo suya, ya que les bastaría inscribirse en los grupos voluntarios, asequibles a sus medios, que elevasen aquélla.

Asusta un poco al Consejo de Administración de la Mutual la reiteración de las bajas por accidentes personales; más les debía asustar a los propios mutualistas de todas las edades, pero especialmente de las propicias a la producción de aquéllos.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

XXV CONGRESO LUSO-ESPAÑOL PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS

Este congreso se celebrará en Sevilla, del 23 al 26 de noviembre próximo, con la colaboración de la Asociación Portuguesa.

Podrán asistir a él: los socios que se hallen al corriente en el pago de las cuotas y soliciten ser inscritos como congresistas en la secretaría de la Asociación (Valverde, 24).

Los representantes de los organismos inscritos como socios colectivos.

Las personas que se inscriban como congresistas, abonando la cuota de cuatrocientas pesetas.

Las señoras e hijas de los congresistas que se inscriban como adheridos, abonando la cuota de doscientas cincuenta pesetas.

Los congresistas recibirán la tarjeta que acreditará su calidad de participantes en el congreso, y que les dará derecho a la rebaja en las líneas de la RENFE, desde su residencia hasta Sevilla y regreso.

La presentación de trabajos para el congreso deberá hacerse en la secretaría de la asociación, antes del día 1 de noviembre. Pero con anterioridad al día 15 de octubre deberán enviar un breve resumen de los mismos.

Para la reserva de habitaciones habrán de dirigirse a «Viajes Marsans, S. A.» (Carrera de San Jerónimo, 34) o a sus sucursales en provincias, o Avenida da Libertade, 72, A, en Lisboa.

Cualquier otra información sobre la organización del congreso puede solicitarse a la secretaría del comité organizador en Sevilla (Avda. de Heliópolis, 4), o a la secretaría general de la Asociación (Valverde, núm. 24, Madrid, 13).

VIDA MEDICA EXTRANJERA

SOCIEDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DE CÓRDOBA

En asamblea realizada el día 13 de junio último, ha quedado fundada la Sociedad de Gastroenterología de Córdoba (República Argentina), y en la cual la comisión directiva ha quedado constituída de la siguiente forma:

Presidente: doctor José Sauret; vicepresidente: doctor Julio D. Baistrochi; secretario general: doctor Jorge Bertola; secretario de actas: doctor Hugo H. Parodi; tesorero: doctor Manuel Cuencia Pérez; vocales titulares: doctores Carlos A. Sosa Gallardo, Carlos Oulton, Carlos Yantorno; vocales suplentes: doctores Héctor Buteler Ríu, Horacio Juri Nan.

PARTICIPACIÓN ESPAÑOLA EN EL CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA FÍSICA

Participando en el Congreso de Medicina Física y Rehabilitación se desplazó a Washington el doctor José María Poal, de Barcelona, delegado oficial de España al congreso. El doctor Poal, reumatólogo, que es uno de los vicepresidentes del importante congreso médico, presidió la jornada de Reumatología del mismo.

Acompañaron al doctor Poal los doctores Esteve de Miguel, jefe de Cirugía Ortopédica del Hospital de San Juan de Dios, de Barcelona, y del servicio de Rehabilitación del Hospital Municipal de aquella ciudad, así como el doctor Prieto Sierra, de Santander, de la misma especialidad.

En la jornada internacional de Reumatología, presidida por el doctor español, se presentaron varios informes de gran interés, destacándose uno del doctor Henderson, de la «Clínica Mayo», sobre «Cirugía de las afecciones reumáticas de las manos», y otro del doctor Stradberg, famoso especialista danés, sobre «Las posibles relaciones entre el reumatismo y el cáncer». El presidente, doctor Poal, después de leer su aportación personal al congreso, encomió varios de los trabajos presentados y subrayó la importancia de la invetigación en el campo de su especialidad.

En su turno, el doctor Esteve de Miguel expuso sus trabajos sobre poliomielitis y la técnica para evitar el acortamiento de los miembros paralizados.

Al congreso asistieron más de mil quinientos médicos especialistas de todo el mundo, distribuídos en unas cuarenta delegaciones. La categoría de la participación española se ha subrayado en las deliberaciones del congreso, por el hecho de ser una de las cinco naciones elegidas por el comité ejecutivo permanente de la Liga Internacional de Medicina Física.

Otra faceta de gran interés, revelada por primera vez en un congreso internacional de Medicina, ha sido la distribución a los congresistas del primer libro de gimnasia médica escrito en el mundo. Su autor fue un médico de Jaén, que lo escribió y publicó en Sevilla, en 1553. La obra, vertida al inglés por los servicios especiales de la Universidad de Harvard, ha sido presentada a los congresistas con el texto original en español y en inglés.

El embajador de España, don Mariano de Yturralde, y señora, ofrecieron un banquete al doctor Poal y al presidente del Congreso de Medicina Física y director de la «Clínica Mayo», doctor Frank Krusen, uno de los más famosos especialistas norteamericanos.

DIVERSAS

ESTERILIZACIÓN «EN FRIO»

Hasta ahora, las jeringuillas hipodérmicas de plástico ofrecían una dificultad, y era su esterilización. Los plásticos que se emplean en la manufactura de estas jeringas se fundían a la temperatura necesaria para su esterilización térmica. Ahora, con ayuda de los rayos gamma, es posible esterilizar las jeringuillas de plástico sin elevar la temperatura más de uno o dos grados; por lo cual, el procedimiento se llama «esterilización en frío». Los rayos gamma usados para este fin no hacen que las jeringuillas sean radioactivas en modo alguno. El material radioactivo que se utiliza es el cobalto 60, que es cobalto metálico normal después de haber sido bombardeado por neutrones en un reactor de energía nuclear. La obtención por este procedimiento de cobalto radioactivo, es tan económica que no hace variar en absoluto los gastos normales de esterilización. Hay otros muchos artículos de plástico para hospitales que pueden ser tratados tan económicamente como las jeringuilas. Las ventajas mayores se aplican a los artículos tubulares que sean difíciles de limpiar, tales como catéteres,, aparatos de goteo, sondas quirúrgicas, etc. También los vendajes pueden esterilizarse individualmente, aunque se empaqueten al por mayor como antes; en realidad, la esterilización fría está en condiciones de hacer una importante contribución a la seguridad y economía de las prácticas de hospital.

ZARAGOZA, 15 OCTUBRE 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

INAUGURACION DEL CURSO EN LA UNIVERSIDAD

EL PROFESOR MATEO TINAO PRONUNCIO LA LECCION INAUGURAL SOBRE: «TEMAS UNIVERSITARIOS»

El acto

El día 3 se efectuó, en el paraninfo de la Universidad de Zaragoza, la solemne apertura de sus estudios para el curso 1960-61. Al brillante acto, que estuvo presidido por el rector magnífico de la Universidad, doctor don Juan Cabrera Felipe, asistieron numerosos alumnos de las distintas Facultades y los de nuevo ingreso, las autoridades civiles y militares y el claustro de profesores de esta Universidad, dando al salón brillante aspecto con la policromía de sus togas.

Memoria del secretario general

En primer lugar, el catedrático y secretario general de la Universidad, doctor don Antonio Beltrán, leyó la memoria del curso anterior, reseñando las obras que se han llevado a cabo, especialmente en la Ciudad Universitaria, en el edificio de la Facultad de Ciencias y en el de la Plaza. Saludó a la nueva generación de universitarios y se refirió al movimiento, tanto de personal docente en altas y bajas, como al literario y de todo orden que ha registrado la Universidad en el curso 1959-60.

Juramento de los nuevos alumnos

A continuación, el rector magnífico, doctor Cabrera, recibió el juramento de los alumnos de nuevo ingreso, haciéndolo en representación de éstos, uno de cada Facultad.



Aspecto de la mesa presidencial en la apertura del nuevo curso universitario.

Palabras del jefe del SEU

Luego, desde la tribuna, el jefe del SEU, don Ricardo Moreno, expuso la relación de los estudiantes con el Sindicato respectivo, los fines que de aquélla se derivan para la Universidad y para los propios estudiantes.

Discurso del profesor Mateo Tinao

Seguidamente ocupó la tribuna el doctor Mateo Tinao, catedrático de la Facultad de Medicina, y que leyó una importantísima lección inaugural acerca del asunto «Temas universitarios». En su documentada lección, que fue seguida con extraordinaria atención e interés, el doctor Mateo Tinao dijo que había elegido este tema, pues entendía que era preciso hablar de la Universidad. A tal fin dividió su magnífica lección en los siguientes apartados: la Universidad en números; la ordenación universitaria; la formación profesional y la investigación científica; las profesiones universitarias en la sociedad; el fin y medios en la Universidad; medios materiales; el profesorado; los escolares; intercambio profesoral y escolar; los exámenes; temas universitarios actuales y justificación.

Al final de la lectura de su interesantísima y elocuente lección, escuchó una prolongada salva de aplausos.

Reparto de premios

Inmediatamente se procedió al reparto de los premios concedidos, que recibieron los interesados entre grandes aplausos de manos de las autoridades.

Entre los otorgados a médicos, recibieron el «Premio Extraordinario del Doctorado», en Medicina, nuestro colaborador doctor Vicente Peg Juarrero, y el del «Excmo. Sr. Gobernador Civil», el doctor Ricardo Malumbres Logroño.

NUEVAS INSTALACIONES EN LA CASA DE SOCORRO

A finales del pasado mes tuvo lugar en la Casa Central de Socorro el acto de bendición e inauguración de los nuevos locales, consistentes en cinco consultorios y una sala de recuperación, dotados con los medios e instrumental más modernos.

Presidió el gobernador civil, señor Pardo de Santayana, y asistieron todas las representaciones médicas de la ciudad.

Después de la bendición de los locales por el señor cura párroco, las autoridades y asistentes recorrieron las diversas salas, explicándoles las reformas el concejal delegado, doctor Malumbres, pudiendo apreciar el esfuerzo realizado para dotar a la Casa de Socorro de unas nuevas dependencias, adaptadas a las normas más avanzadas de asistencia médica, mejora que redunda en beneficio de Zaragoza y de los zaragozanos.

A continuación el señor alcalde, don Luis Gómez Laguna, pronunció unas breves palabras para agradecer a todos su presencia en este acto. Dijo que las salas inauguradas eran un símbolo de la preocupación del Ayuntamiento por las necesidades sanitarias de la ciudad, que se van cubriendo en todos los sectores. Expresó su agradecimiento de un modo particular al señor Malumbres, alma y motor de esta reforma en la Casa Central de Socorro.







De izquierda a derecha: El profesor **Mateo Tinao**, que pronunció el discurso inaugural, y los doctores **Peg Juarrero**, Premio Extraordinario del Doctorado en Medicina, y **Malumbres**, Premio del Excelentísimo Señor Gobernador Civil.

VIDA MEDICA NACIONAL

DISTINCIÓN MERECIDA

El doctor A. Gallart-Esquerdo, director del Instituto Policlínico y jefe de la sección de aparato digestivo del mismo, ha sido nombrado miembro honorario de la Sociedad de Gastroenterología del Uruguay por la asamblea de socios de dicha sociedad, celebrada en julio del año actual.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE CIRUJANOS DE LA INFANCIA

El doctor Garrido Lestache, presidente de la Asociación Española de Cirujanos de la Infancia, nos remite la siguiente nota:

«El miércoles día 26 de octubre, la junta directiva de la Asociación Española de Cirujanos de la Infancia invita a todos los miembros de la misma a una reunión que tendrá lugar en el local del Colegio de Médicos de Madrid (calle Espartero, número 11), a las ocho y media de la noche, y a la cena que se celebrará a continuación en el local que oportunamente se anunciará.

A este último fin, se ruega a todos los miembros de la Asociación Española de Cirujanos de la Infancia que se encuentren en Madrid, dejen una tarjeta o su nombre en la secretaría del congreso de Pediatría, hasta las nueve de la noche del día anterior —martes 25— con el fin de poderles extender la invitación correspondiente.

SE CONCEDE LA ORDEN CIVIL DE BENEFICENCIA AL DOCTOR MUÑOZ SÁNCHEZ

Recientemente le ha sido concedido el ingreso en la Orden Civil de Beneficencia al doctor don Raimundo Muñoz Sánchez, médico de Murcia y presidente honorario de la Asamblea Provincial de la Cruz Roja.

NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

En la elección celebrada al finalizar las tareas de la IV Reunión de Ginecólogos Españoles, resultó elegida la siguiente junta:

Presidente, Enrique Farache Guillén (Madrid); vicepresidente primero, Víctor Cónill Serra (Salamanca); vicepresidente segundo, V. Salvatierra Mateu (Granada); secretario general, Francisco Orengo Díaz del Castillo (Madrid); secretario de actas, Angel Sopeña (Madrid); tesorero, Amando Sánchez Atienza (Madrid); contador, Carlos Rohbach Rojí (Madrid); bibliotecario, Abelardo Caballero Gordo (Madrid); vocales, Eugenio Recasens (Cádiz), Emilio Molinero (Santander), Eduardo Teixeira (Zaragoza), Pablo de la Peña Regidor (Santa Cruz de Tenerife).

FALLECIÓ REPENTINAMENTE, EN SANTANDER, EL DOCTOR GARCÍA ALONSO

El día 21 de septiembre falleció repentinamente el doctor don Diego García Alonso, jefe de los Servicios de vías respiratorias de la Casa de Salud de Valdecilla.

El doctor García Alonso se encontraba operando en el quirófano de dicha institución e inesperadamente cayó al suelo, muerto. De los médicos que le ayudaban, unos continuaron la intervención y otros atendieron al doctor García Alonso, trasladándole a una dependencia de la Casa de Salud, donde se certificó su defunción.

Avisadas las autoridades, desfilaron por Valdecilla todas las de la ciudad, los miembros del patronato de la institución, el marqués de Valdecilla y otras personalidades.

El gobernador civil transmitió la noticia al ministro de la Gobernación, quien con carácter póstumo, concedió al doctor García Alonso la Gran Cruz de Beneficencia de primera clase, con distintivo blanco.

La noticia del fallecimiento causó viva impresión en aquella capital.

CURSOS

II CURSILLO DE CIRUGÍA DE URGENCIA

En el Hospital Clínico Provincial de Sevilla, del 24 al 31 de octubre de 1960, se desarrollará este segundo cursillo, dedicado a **«Urgencias abdominales»**, que va destinado a médicos generales, postgraduados y estudiantes de clínicas.

Las lecciones teóricas tendrán lugar, con arreglo al programa previsto, todos los días, a las doce de la mañana, en un aula del Hospital, con una duración de cuarenta y cinco minutos, y serán pronunciadas dos en cada sesión, con un intervalo.

La matrícula será de veinte alumnos para el curso completo teórico-práctico y cuarenta para el teórico.

Los inscritos en el teórico-práctico harán turno de guardia por la tarde y por la noche, participarán en el diagnóstico e intervención de los enfermos de urgencia y asistirán cada tarde a un seminario de problemas prácticos. Los inscritos en el curso teórico sólo vienen obligados a la asistencia a las clases. A todos los inscritos se les entregarán los resúmenes de las conferencias.

Al final del cursillo se les proveerá del correspondiente diploma.

Para programas, informes, inscripción y correspondencia, dirigirse a la secretaría de la cátedra: Hospital Clínico Provincial, Sevilla.

XXIII CURSO MONOGRÁFICO PARA POSTGRADUADOS SOBRE «MALFORMACIONES GENITOURINARIAS»

Será desarrollado por los médicos del Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, bajo la dirección del doctor A. Puigvert, con la colaboración extraordinaria de los doctores Tramoyeres (Valencia), Portillo (Madrid), Pérez Irezábal (Bilbao) y González Portela (Vigo).

Además de las lecciones expresadas en el programa, constará de:

Cinco lecciones de laboratorio, de treinta minutos de duración, que serán complementadas con las demostraciones prácticas correspondientes, bajo la dirección del doctor A. Mas Oliver, jefe del departamento de Uroanálisis; y de

Cinco lecciones sobre Nefrología, de treinta minutos de duración, que serán complementadas con presentación de enfermos y discusión de sus correspondientes datos clínicos y biológicos, bajo la dirección del doctor G. del Río, jefe del departamento de Nefrología.

El presente curso, que tendrá lugar durante los días 21 al 26 de noviembre de 1960, se celebrará en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (Pabellón de la Asunción). Finalizado el curso, los inscritos que lo soliciten podrán seguir un período de especialización urológica, en los diferentes departamentos del Instituto.

A los inscritos al curso les será librado el diploma de asistencia. El número de asistentes es limitado.

Para informes e inscripciones, en la secretaría del Instituto de Urología, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona (9).

XII CURSO SOBRE CIRUGÍA DEL RECIÉN NACIDO

En el Hospital del Niño Jesús, y en el servicio de Cirugía general infantil, dirigido por el doctor Garrido-Lestache, jefe del servicio, se celebrará el **XII curso sobre Cirugía del recién nacido** (deformidades, anomalías y tumores congénitos), que constará de sesiones clínicas y operatorias.

Tendrá lugar del 3 al 22 de noviembre de 1960, con arreglo al programa.

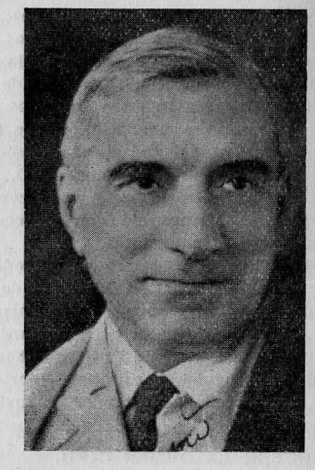
Aunque el curso tiene por base en las lecciones las anomalías congénitas del aparato digestivo, en las sesiones clínicas y operatorias se tratará de todas las demás, con arreglo a las exigencias del momento.

El número de alumnos se limita a quince, que necesariamente deberán inscribirse antes del día 1 de noviembre, en las oficinas administrativas del Hospital (Av. de Menéndez Pelayo, 65, Madrid), de diez a doce.

NECROLOGÍA

EL PROFESOR PAUL CHEVALLIER

El pasado mes de junio falleció el eminente hematólogo francés profesor Paul Chevallier. Su muerte ocurrió durante una visita al Irán —en cuyo país estaba invitado para dar una serie de conferencias sobre Hematología—, a consecuencia de un infarto de miocardio. Desde hacía algunos años su salud estaba bastante quebrantada y había limitado sus actividades profesionales, pero continuando sus trabajos de investigación.



Nació en 1884. En 1926 fue nombrado médico de los hospitales de París; en 1929, nombrado profesor agregado en la Facultad de Medicina de París, y en 1948, profesor jefe de la clínica de enfermedades de la sangre. Fue fundador de la revista «Le Sang», en 1927; de la Sociedad Francesa de Hematología, en 1931; fundador, en 1948, de la Sociedad Europea de Hematología y posteriormente fue presidente, durante los años 1952 a 1954, de la Sociedad Internacional de Hematología.

Entre sus numerosos trabajos publicados sobre Hematología hay que destacar los siguientes: «Fisiología del bazo», «Enfermedad de Hodgkin», «Mononucleosis infecciosa», «El virus de la leucosis».

Tuve el gusto de conocerle personalmente, aproximadamente por el año 1933, precisamente en una visita que hizo a Alicante, ya que le unía una gran amistad con mi padre desde muchos años.

De carácter afable y bondadoso, e infatigable investigador, su muerte constituye un gran pérdida para la Hematología internacional. Descanse en paz.

Dr. F. Mas y Magro.

ZARAGOZA, 15 NOVIEMBRE 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MEDICA LOCAL

ACTOS EN HOMENAJE A LA MEMORIA DEL DOCTOR DE GREGORIO

El día diez, con asistencia del gobernador civil, jefe de Sanidad y autoridades sanitarias, tuvo lugar en el **Instituto de Sanidad** un acto de recuerdo y homenaje al ilustre sanitario fallecido.

Para ello, en el vestíbulo del edificio fue descubierta una lápida en memoria del que fue director, durante muchos años, del Dispensario Dermatológico y de Higiene Social, doctor don Eduardo de Gregorio García Serrano, del que hizo un gran elogio el presidente de la Diputación, doctor Zubiri, diciendo que el homenaje que se rendía al doctor De Gregorio era tan sencillo como lo fue él mismo, y haciendo constar cómo, durante el tiempo que fue director de este Dispensario se emplearon en él los medicamentos más modernos y los últimos procedimientos curativos, habiendo luchado denodadamente contra las enfermedades venéreas. Seguidamente descubrió la lápida su hijo, don Alejandro de Gregorio.

Como final de los actos, el vicario de la Beneficencia Provincial, señor Herrero, rezó un responso por el eterno descanso del alma del ilustre homenajeado.

Por la tarde, celebró la **Real Academia de Medicina** una sesión necrológica en honor del académico fallecido doctor don Eduardo de Gregorio García Serrano. Intervinieron, en nombre de la Academia, los académicos doctores Horno Liria y Zubiri Vidal, quienes desarrollaron los temas «El doctor De Gregorio, como académico» y «El doctor De Gregorio, como dermatólogo», respectivamente.

Ocupó la presidencia el presidente de la Academia doctor Oliver Rubio, acompañado por el coronel médico de Sanidad del Aire, señor Montañés, que ostentaba la representación del capitán general de la región; jefe provincial de Sanidad, doctor Bravo; decano de la Facultad de Medicina, doctor De la Figuera, y doctor Dolset, por la Diputación. Se hallaban presentes numerosos académicos, los deudos del finado y gran número de público.

Habló en primer lugar el doctor Horno Liria, que expresó su gran amistad y admiración por la obra del doctor De Gregorio. Hijo y nieto de médicos continuó brillantemente la tradición familiar. Nació en Paracuellos de Jiloca, y se licenció en 1923, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. En 1925 se doctoró en Madrid, especializándose en Dermatología. Amplió estudios en París, y en 1928, tras brillantes oposiciones, fue destinado al Dispensario Antivenéreo de Zaragoza. Desarrolló a lo largo de su vida profesional una gran labor científica. Prueba de ello son sus más de quinientos trabajos publicados. Destacó en congresos nacionales y extranjeros y en su haber científico figuran varios libros y monografías, algunos de los cuales alcanzaron gran difusión. A pesar de haber sido distinguido



El que fue secretario de la Real Academia de Medicina y jefe de los Servicios de Dermatología, doctor don Eduardo de Gregorio García Serrano.

en diversas ocasiones con recompensas nacionales y extranjeras, nunca se mostró vanidoso de sus éxitos.

Fue un hombre de gran capacidad de trabajo y organizó y dirigió importantes campañas sanitarias desde su puesto del Dispensario. Pasó por la vida con sencillez, trabajando siempre con honradez y rectitud.

En 1930 ingresó en la Real Academia de Medicina. Fue modelo por su asiduidad a las sesiones, corrección en las interpelaciones y cantidad de comunicaciones presentadas. Desde 1937 desempeñó las funciones de secretario, y no mucho antes de su muerte, disertó magistralmente sobre la historia y vicisitudes de la Real Academia de Medicina. El doctor Horno Liria terminó diciendo que una gran voluntad presidió su vida siempre.

El doctor Zubiri Vidal estudió la figura dermatológica del doctor De Gregorio. Dijo que para él era doloroso y alegre al mismo tiempo glosar esta faceta, ya que por un lado estaba su muerte y por otro su gran categoría profesional. Su obra persistirá en la historia de la Dermatología aragonesa, nacional y mundial.

En 1928 fue destinado al Dispensario Antivenéreo de Zaragoza, que era un Centro sanitario de vida activa. El doctor de Gregorio, siempre serio y eficiente, puso su máximo empeño en mejorar los servicios y en hacer de este Centro aragonés una institución modelo en su género.

Aparte de su labor médica, está la de enseñanza y educación profiláctica. Con clara inteligencia se adelantó a todas las innovaciones, ensayando las más avanzadas técnicas sanitarias. Como publicista, escribió varias monografías y muchos trabajos científicos de gran rigor y profundidad. Fue el ejemplo genuino de una vida dedicada a la especialidad. El doctor Zubiri destacó su labor como miembro de la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», en la que fue premiado por tres veces. Finalizó su intervención diciendo que su prestigio ha sido y es de carácter internacional.

Cerró el acto el doctor Oliver Rubio, que felicitó a los oradores por sus intervenciones, y expuso la gran amistad que le unía con el doctor de Gregorio. Ensalzó sus grandes dotes como hombre y como médico, y expresó a sus deudos, una vez más, la adhesión y condolencia de la Academia, de la que formó parte. Todos los oradores fueron muy aplaudidos.

APERTURA DE CURSO EN LA ACADEMIA DEONTOLÓGICA

La Hermandad Sanitaria de San Cosme y San Damián, de Zaragoza, realizó el día 16 de octubre, bajo la presidencia del profesor Azúa, diversos actos con motivo de la inauguración del curso 1960-61, de su Academia Deontológica, culminando en una magnífica conferencia de don Antonio Gil Ulecia, canónigo consiliario, sobre «Licitud de la antropogénesis evolucionista a la luz de la doctrina bíblica», conferencia que fue glosada por el vicario general de la diócesis, doctor Tena.

CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE PEDIATRÍA

El día 6 de octubre tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Zaragoza la constitución de la Sociedad Aragonesa de Pediatría, con asistencia y adhesión de gran número de pediatras de nuestra capital y de las provincias de nuestra región.

Tras las correspondientes votaciones quedó compuesta la siguiente junta directiva: presidente, doctor don Antonio Lorente Sanz; vicepresidente, doctor don Pedro Galán Bergua; secretario general, doctor don Antonio Pueyo García; secretario de actas, doctor don Miguel Angel Soláns Manero; tesorero, doctor don Angel Rodríguez Almeida; bibliotecario, doctora doña María Jesús Suescun Remón; vocal por Zaragoza, doctor don Jaime Dolset Chumilla; vocal por Teruel, doctor don José María Valero Oliete; vocal por Logroño, doctor don Fernando Ponz Ibáñez; vocal por Navarra, doctora doña Ascensión Ariz Elcarte; vocal por Soria, doctor don Darío García Díaz, faltando por designar el vocal representante de la provincia de Huesca.

Asimismo se acordó por aclamación nombrar presidente de honor de la Sociedad al doctor don Antero Noailles Pérez, en consideración a sus méritos y a su calidad de decano de los pediatras aragoneses.

La nueva Sociedad, que tiene carácter regional, se propone emprender una intensa labor en orden al estudio de los problemas asistenciales, higiénicos y sociales del niño, y es de esperar que sus actuaciones repercutan eficazmente en beneficio de la infancia de nuestra región.

LA CIUDAD DEDICÓ UNA CALLE A FLEMING

Zaragoza tiene, desde hace pocos días, una calle que lleva el nombre de Mr. Fleming, el hombre que descubrió la penicilina.

El acto, presidido por las autoridades, tuvo, sin embargo, una amplísima y cordial acogida popular. Por eso estamos seguros de que frente a la placa con el nombre, más de algún corazón habrá rezado y más de una lágrima habrá caído. Honor y agradecimiento de emoción hacia Mr. Fleming, el hombre que a la hora de recibir premios, decía que sólo ambicionaba uno: **gozar de la gloria de Dios.**

LA II REUNIÓN NACIONAL DE A.R.P.A. ESPAÑOLA

Se ha celebrado en Zaragoza, con notable éxito, la II Reunión Nacional de A.R.P.A. Española, con la colaboración del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la región, y bajo el patrocinio de la Institución «Fernando el Católico».

Los actos fueron presididos por el jefe de Sanidad militar, general Salarrullana, y la lección magistral estuvo a cargo del decano de la Facultad de Medicina, doctor don Enrique de la Figuera, que desarrolló el tema «Parodontopatías y Medicina interna».

Después continuaron desarrollándose los distintos temas y comunicaciones libres fijados en el programa.

El primer tema oficial de la Reunión fue «Proyecto para una campaña de profilaxis de las parodontopatías», por los doctores Félix Gómez Jara, presidente de A.R.P.A. Española, y Baldomero Sol Felip, presidente de la Sociedad Española de Implantes (Madrid).

Hubo otra conferencia, del mayor Robert J. Detamore (miembro del American College of Periodontology), sobre el tema «Periodoncia, denominador común», con presentación de película, y a continuación, numerosas comunicaciones libres.

INAUGURACIÓN DE NUEVOS SERVICIOS EN LA JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

El día 10 del corriente fueron bendecidos e inaugurados en la Jefatura Provincial de Sanidad los nuevos servicios montados en el Dispensario de Patronato Nacional Antituberculoso y que consisten, esencialmente, en el montaje y puesta en servicio de unos modernísimos aparatos para la sección de Fotorradioscopia y Cardiología, magníficamente instalados en sus correspondientes dependencias, al propio tiempo que se ha reanudado el servicio de Higiene Infantil y de Maternología, que habían dejado de funcionar en el referido Centro merced a las obras de transformación y adaptación de los nuevos servicios que ha sido preciso llevar a cabo.

Presidió el sencillo acto el gobernador civil y jefe provincial del Movimiento, excelentísimo señor don José Manuel Pardo de Santayana y Suárez, acompañado del presidente de la Diputación y del jefe de Sanidad, doctor Bravo, y de los representantes de las autoridades médicas.

El gobernador civil y sus acompañantes recorrieron con todo detenimiento las distintas dependencias del Dispensario, mostrando grandísimo interés tanto por los eficientes y modernísimos aparatos que han sido montados, como por la reforma llevada a cabo en el edificio para conseguir el mejor funcionamiento.

Los visitantes examinaron la sección de cabinas que dan acceso a la sala de rayos X, los laboratorios, el servicio de Cardiología y muy especialmente el de Fotorradioscopia para el reconocimiento de colectividades y con capacidad para hacer trescientas radiografías a la hora, en tamaño de siete por siete centímetros. Este aparato, que se hallaba en el Dispensario, había dejado de funcionar hace algún tiempo, hasta terminar las obras que han sido inauguradas, y se pretende utilizarlo para el reconocimiento de toda la población zaragozana, habiéndose hecho ya con el mismo unas cinco mil radiografías y otras catorce mil con el de cuatro por cuatro centímetros que también se halla montado, y que ha sido utilizado hasta ahora para reconocer a los niños de varios grupos escolares y en algunos suburbios.

En la planta baja fueron inaugurados también los servicios de Puericultura, que han experimentado una sensible reforma, funcionando en éstos la Escuela de Puericultura. En esta sección pudimos admirar un modernísimo colcoscopio, aparato para el diagnóstico precoz del cáncer, que acababa de ser instalado.

COLECTA PARA LA CAMPAÑA CONTRA EL CÁNCER

En la cuestación celebrada en los primeros días de octubre para recaudar fondos para la Lucha por el Cáncer, el público zaragozano respondió con generosidad, habiéndose recaudado más de seiscientas mil pesetas, en franca manifestación de caridad social.

NECROLOGÍA

Falleció don **Antonio Labayen Abián.** Era médico jubilado de Luesia, donde por espacio de cincuenta y dos años ejerció la profesión.

Estaba en posesión de la Cruz de Beneficencia de primera clase, por los servicios prestados, abnegados y valerosos, con motivo de la epidemia gripal que con gran intensidad se desarrolló en el pueblo de Luesia en el año 1918.

* * *

También, en Zaragoza, y tras larga y penosísima enfermedad, ha muerto otro médico distinguido: el doctor don **Serafín Faci Abad,** persona muy conocida y apreciada por sus virtudes, competencia y celo profesional.

Con este motivo, transmitimos a su esposa e hijos, entre los que se cuentan los compañeros don Angel y don Enrique, y a su hermano don Angel, nuestro sentido pésame.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

Se ha celebrado durante los días 21, 22 y 23, en nuestra ciudad, la VI Reunión bianual de esta Sociedad, con la asistencia de las figuras más relevantes de la Neurología española. La sesión inaugural tuvo lugar el día 21, a las doce de la mañana, y se leyó la primera ponencia sobre «Fisiopatología de la circulación cerebral», por el profesor J. J. Barcia Goyanes y sus colaboradores los doctores J. L. Barcia Salorio, Amat, Sampere, Morales y Espín Herrero, en la que hicieron un acabado estudio de la circulación cerebral, mediante un método ideado y perfeccionado por el profesor Barcia Goyanes y sus colaboradores.

Intervinieron en la discusión de esta ponencia los doctores Tolosa Colomer (Barcelona), Rey Ardid (Zaragoza), Torres Gassó (Barcelona), Varela de Seijas (Madrid), Ucar (Zaragoza), Espadaler (Barcelona), Subirana (Barcelona), Massó Subirana (Barcelona) y Alberca (Valencia), los cuales pusieron de relieve en sus manifestaciones la inusitada importancia de este trabajo, que marcará un hito en la historia de la Neurología mundial cuando sea difundido por todo el mundo, ya que con este método se han abierto nuevos caminos a la investigación de la circulación cerebral.

Hicieron comunicaciones a este tema los doctores Barraquer Bordas (Barcelona), Simarro (Barcelona), Espadaler y Solé Sagarra (Barcelona), A. Rodríguez Arias, Capdevila y Sala Planell (Barcelona) y Oliveras de la Riva (Barcelona).

El día 22, a las nueve de la mañana, continuaron las sesiones, terminándose la discusión de la primera ponencia e iniciándose la segunda, que sobre «Trastornos del lenguaje» presentaron los doctores Subirana (Barcelona) y colaboradores: doctores Corominas, Massó Subirana, Oller Daurella, A. Hernández, Rodríguez Nolla, Mari-Batllo, Torres Gassó (también todos de Barcelona).

Intervino en la discusión el doctor Ucar, poniendo de relieve lo completo del estudio realizado y haciendo atinadas sugerencias.

Por la tarde, a las cuatro, continuando sus trabajos, desarrollaron la tercera ponencia, «Prevención y asistencia de los accidentes de tráfico», se leyeron las comunicaciones que sobre el mismo tema presentaron los doctores Simarro (Barcelona) y Tolosa Colomer (Barcelona); y la tercera ponencia sobre «Prevención y asistencia de los accidentes de tráfico», expuesta en su primera mitad por el doctor Soler Dopff (Barcelona) y la segunda por el doctor Oliveras de la Riva (Barcelona), en ausencia del doctor don Adolfo Ley (Barcelona). Esta ponencia promovió animado debate, en el que participaron los doctores Varela de Seijas (Madrid), Barcia Goyanes (Valencia), Subirana (Barcelona), Tolosa (Barcelona), Ucar (Zaragoza), Rey Ardid (Zaragoza) dada la importancia de los puntos tratados, como son la prevención de los accidentes de tráfico y el tratamiento adecuado de los mismos, llegándose a la conclusión unánime de que «todo accidente que sufra un traumatismo cráneo-cerebral o medular o de sistema nervioso periférico, debe ser inexcusablemente asistido en un Servicio de Neurocirugía», ya que las estadísticas demuestran la enorme diferencia en los resultados si los traumatizados de este tipo son asistidos en otros centros que carezcan de intalaciones apropiadas y de personal especializado en la Neurología.

A última hora de la tarde se leyeron las comunicaciones sobre este tema de los doctores Barraquer Bordas y Ponces (Barcelona), B. Rodríguez Arias (Barcelona), J. A. Redondo (Barcelona), J. Llovet (Barcelona), terminando pasadas las diez de la noche las tareas científicas.

Al margen de las mismas se han celebrado diversos y espléndidos agasajos ofrecidos por nuestras primeras autoridades y por la junta organizadora local, dando por terminada la reunión el domingo día 23, con una comida de despedida.

VII CURSO DE UROLOGÍA PRÁCTICA

Se celebrará en el Servicio de Urología del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Jesús, del 7 al 12 de noviembre de 1960, y sus lecciones clínico terapéuticas estarán adaptadas a la práctica del médico general.

El programa será el siguiente:

Día 7: «Exploración clínica urogenital». Día 8: «Dolor urogenital». Día 9: «Trastornos de la micción». Día 10: «Hematuria», «Piuria». Día 11: «Tumoraciones urogenitales». Día 12: «Variaciones de la cantidad de orina», «La fiebre en las afecciones urinarias», «Uremia».

Las lecciones se desarrollarán a las diez de la mañana. La exposición de 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, Servicio de Urología. Calle Borrell, 303. Barcelona.

VIDA MEDICA NACIONAL

HOMENAJE AL PROFESOR ENRÍQUEZ DE SALAMANCA

Con motivo de la reciente jubilación del doctor don Fernando Enríquez de Salamanca, le fue dispensado por sus condiscípulos, compañeros y alumnos un caluroso homenaje. Por la mañana se celebró una misa en la capilla del Hospital de San Carlos, oficiada por un hijo del homenajeado. A continuación, en el aula VI, donde el doctor Enríquez de Salamanca ha ejercido su cátedra durante largos años, fue descubierta una lápida en altorrelieve con su figura. Ocuparon el estrado con el profesor Salamanca, el subsecretario de Educación Nacional, señor Maldonado; el rector de la Universidad y el decano de la Facultad de Medicina de Madrid, profesor Velázquez. Hizo el ofrecimiento de la lápida el doctor Perera Prats, antiguo condiscípulo, quien puso de manifiesto sus grandes dotes como médico y como profesor.

A continuación se trasladaron al aula magna de la Facultad, donde el doctor Salamanca pronunció su última lección oficial, que versó sobre la enseñanza. Dijo que «la cátedra es para enseñar y no para investigar». Fue largamente aplaudido.

Por la tarde se celebró un banquete de homenaje, que estuvo muy concurrido. Una vez terminado, el tisiólogo doctor Zapatero leyó diversos telegramas de adhesión, entre los que resaltaba el del ministro de Educación Nacional.

El doctor Salamanca dio las gracias en breve discurso en el que trasladó el homenaje a los presentes, pues «vosotros sois los que lo merecéis, ya que vuestras son las virtudes que en mí veis».

EL DR. PUIGVERT REGRESA DE SU JIRA CIENTÍFICA

Tras haber participado en diversas sesiones científicas de carácter internacional desarrolladas en diversos países hispanoamericanos, regresó a Barcelona el eminente urólogo doctor don Antonio Puigvert, que tuvo una brillante intervención en las mismas.

Esta jira del doctor Puigvert fue patrocinada por la Dirección General de Relaciones Exteriores y se extendió por Argentina, Brasil, Chile y Puerto Rico, en cuyos países pronunció magistrales lecciones y efectuó numerosas sesiones operatorias en su especialidad, siendo algunas de ellas televisadas.

Entre las numerosas distinciones de que ha sido objeto el doctor Puigvert en el transcurso de su viaje, figuran el nombramiento de miembro de honor de la Universidad de Santiago de Chile, y el título también de miembro de honor de la Academia Nacional del Brasil.

También el doctor Puigvert fue agasajado en reiteradas ocasiones, y recibido en audiencia especial por el presidente de Chile, señor Alessandri, y por el de la Argentina, señor Frondizi.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

El día 20 de octubre se celebró en Madrid la primera junta general y sesión científica de esta nueva Sociedad. En ella, tras unas palabras inaugurales del presidente, doctor Laín Entralgo, se dio lectura a los estatutos, que fueron aprobados, designándose acto seguido la Junta directiva, en la cual se nombró vicepresidente a nuestro paisano, el doctor don Francisco Oliver Rubio.

Intervinieron seguidamente los doctores Teófilo Hernando y Oliver Rubio, leyéndose después unas interesantes comunicaciones de los doctores Granjel, de Salamanca; Costa, de Chile; y Rico Avello, de Madrid.

NUEVA REVISTA

La Asociación Española de Médicos Forenses acaba de lanzar en el mes de septiembre una magnífica revista, que con el nombre de «Anales de Medicina Forense» dirigirá el doctor don Manuel Pérez de Petinto.

Este primer número —de unas ciento sesenta páginas— lleva un atractivo sumario, con una lista copiosa de excelentes colaboradores, y está pulcramente impreso en couché, con numerosas ilustraciones en negro y color.

Deseamos a la nueva publicación, que tanto enaltece a los forenses españoles, larga y próspera vida.

XVI CURSOS GENERALES DE PERFECCIONAMIENTO SANITARIO

La Escuela Nacional de Sanidad convoca los XVI Cursos Generales de su «Obra de perfeccionamiento sanitario de España», que tendrán lugar en Madrid, durante los días 28 de noviembre al 6 de diciembre próximos, con asistencia becaria y libre de sanitarios ejercientes en el medio rural. El tema general para médicos, farmacéuticos y veterinarios, conjuntamente, será: «Las profesiones sanitarias, en su papel de educadores sobre alimentación popular». Las instancias de becas para médicos deberán dirigirse a los respectivos jefes provinciales de Sanidad, antes del 18 de noviembre. Los farmacéuticos y veterinarios se dirigirán a la secretaría general de la O.P.S.E., en la Ciudad Universitaria de Madrid, así como los médicos que deseen matrícula libre.

CURSOS

CURSOS MONOGRÁFICOS DE LA CÁTEDRA DE PATOLOGÍA Y CLÍNICA MÉDICA «A»

Bajo la dirección del profesor A. Pedro Pons se anuncian los siguientes cursos, que se celebrarán en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona:

X curso de Electrocardiografía clínica y sus relaciones con la Vectocardiografía:

Desarrollado por los doctores C. O. Ramis, A. Nadal, A. Císcar, J. Fabré y A Ibáñez, con el siguiente temario: a) El electrocardiograma normal; b) Trastornos del electrocardiograma; c) El electrocardiograma en las cardiopatías; d) Vectocardiografía.

VI curso de exploración funcional y Radiología cardiológicas:

Desarrollado por los doctores J. Pedro, A. Císcar, J. Blajot, C. O. Ramis, A. Nadal, L. Pedro Solé, J. Fabré y M. García Moll comprenderá las siguientes materias: a) Radiología simple; b) Angiocardiografía; c) Cateterismo cardíaco; d) Fonocardiografía; e) Balistocardiografía y Respirografía.

Conferencia magistral: Por el profesor doctor A. Pedro Pons.

V curso de Angiología:

Desarrollado por los doctores J. Valls Serra, J. Jurado Grau, C. Marsal Claramunt, W. Padrós, J. Pedro Botet, J. Blajot Pena, L. Pedro Solé, G. del Río Pérez y C. Rozman, comprenderá el estudio de toda la Angiología en sus distintas partes: periférica, visceral y cerebral.

Para mayor información, dirigirse al secretario de los cursos, doctor César Oscar Ramis Pichardo, cátedra de Patología Médica del profesor doctor A. Pedro Pons, Facultad de Medicina, Casanova, 143, Barcelona.

V CURSO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Se celebrará en Barcelona, del 4 al 22 de abril de 1961, organizado por el Servicio de Reumatología de la Clínica Médica «A» de la Facultad de Medicina de Barcelona, y por el Centro Reumatológico de la Jefatura Provincial de Sanidad, y patrocinado por la Dirección General de Sanidad, bajo la dirección del doctor P. Barceló, actuando de secretario el doctor L. Sans Solá.

Todos los días se harán prácticas de diversas técnicas (inyecciones intraarticulares, paravertebrales, mielografía, artroneumografía) y sesiones radiológicas.

Las lecciones tendrán lugar en el auditorio de la Clínica Médica «A» y en el Servicio de Reumatología de esta Clínica, en el Hospital Clínico de Barcelona. Empezarán a las nueve de la mañana.

El número de plazas se limita a veinte. El precio de la inscripción será de 1.000 pesetas.

Para cualquier información, dirigirse al secretario del curso, doctor L. Sans Solá, Consejo de Ciento, 301, Barcelona.

BECA «DR. SALVADOR ANDREU», DEL HOSPITAL MUNICIAL DE INFECCIOSOS, DE BARCELONA

Este Hospital abre concurso-oposición para la concesión de una beca donada por la firma «Doctor Andreu, S. A.».

El importe de la beca es de 1,.000 pesetas anuales, debiéndose iniciar los trabajos de investigación clínica, inherentes al disfrute de la beca, en enero de 1961, y por el término de un año.

Los aspirantes serán médicos españoles que hayan terminado su carrera dentro de los cinco últimos cursos anteriores al 1959-60, o del servicio y, además, desarrollar un tema de la especialidad, bajo la dirección del jefe del servicio. Al objeto de no interrumpir el trabajo encargado, mientras dure la beca su beneficiario vivirá gratuitamente, en régimen de internado, en el propio Hospital.

El concurso-oposición para la adjudicación de dicha beca se atendrá a las bases señaladas.

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 30 de noviembre. La adjudicación (y ejercicios, si ha lugar), se verificará el día 9 de diciembre.

CONCURSOS

EN CONCURSO «ENSAYOS 1961», DEL AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

El American College of Chest Physicians convoca este concurso y ofrece tres premios en metálico, con la siguiente cuantía: primer premio, dólares 500'00; segundo premio, dólares 300'00; tercer premio, dólares 200'00. Cada ganador recibirá también un certificado.

El concurso está abierto para los estudiantes de la carrera de Medicina de todo el mundo. Se pueden escribir los ensayos sobre cualquier fase del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades torácicas (cardiovasculares y pulmonares). El concurso se cierra el 1.° de abril de 1961.

La Regencia del American College of Chest Physicians encarece que estos trabajos se envíen a esta secretaría —Córcega, 393, Barcelona— antes del 1.° de marzo de 1961, como fecha límite, desde donde serán avalados y retransmitidos a la central americana.

El Regente del A.C.C.P. en España, doctor A. Caralps.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA SECCION DE VEJEZ EN 1959

El desarrollo y marcha de la Seción de Vejez de nuestra Mutualidad constituye preocupación obsesionante del Consejo de Administración. El aumento considerable de la longevidad humana tiene manifiesta expresión sobre dicha Sección. La muerte —inevitable y fatal— se ha retrasado de modo muy destacado; por eso, el índice de mortalidad, que ha disminuído, aun cuando poco, se distancia cada vez más del de vejez, en líneas divergentes. La marcha de la sección continúa perfectamente normal. Existen, como es lógico, más subsidiarios que en el año anterior, y se han abonado más subsidios; pero todo ello no obedece a causas anormales ni imprevistas. Y la previsión total se alarga a bastantes años por delante.

El aumento de inscripciones en el grupo II de la Sección rebasa el I en más de un tercio, motivado por el paso obligatorio de uno a otro al cumplir los treinta años de edad y la obligatoriedad actual de inscripción en ambos para los menores de dicha edad. También se nota la obligatoriedad del III para los mayores de aquélla; con notable diferencia en el aumento sobre el siguiente grupo IV, menos apetecido.

El aumento de pensionistas en el grupo II sobre el I, es también lógico; por disminuir entre los senectos los que sólo pertenecen al grupo I. Los grupos III y IV siguen también su aumento, conforme van alcanzando la edad jubilar los mutualistas inscritos en ellos.

Las edades de los subsidiarios se hallan entre los setenta y los noventa y ocho años.

La recaudación de cuotas ha ascendido casi en medio millón de pesetas anual; y con corta diferencia de la misma, el abono de los subsidios establecidos. En el grupo I, los subsidios rebasan en 100.000 pesetas a las cuotas; pero esta diferencia está compensada con los intereses producidos por sus fondos de reserva y cobertura, las diferencias de intereses generales calculadas y los excedentes de la cuota de ingreso; estos últimos, de conformidad con acuerdos del Consejo de Administración. Por ello, se da el fenómeno, que de otro modo sería inexplicable, de un aumento de medio millón y tres cuartos de millón de pesetas en sus fondos de cobertura y reserva, que ascienden a doce millones y tres y medio millones de pesetas, respectivamente. En el grupo II aparecen muy nivelados cuotas y subsidios, con diferencia de 150.000 pesetas, que probablemente quedará igualada en el presente ejercicio, si no superada, muy probablemente con desviación negativa; todavía quedan los intereses y los fondos de reserva, que desde luego, han aumentado muy poco —unas 300.000 pesetas— en el año.

En los gruyos I y II, el fondo de cobertura es mayor que el de reserva, por el número de subsidiados. Hecho que también sucederá en los III y IV, cuanto entren a disfrutar de los subsidios mayor número de mutualistas, al cumplir la edad reglamentaria.

La Sección de Vejez constituye constante preocupación del Consejo de Administración, realizándose estudios estadístico-financiero-actuariales periódicos para conocer su situación y marcha. El próximo corresponde al año 1960; y en la subsiguiente asamblea se notificarán las deducciones obtenidas, para, a su vista, adoptar las resoluciones pertinentes.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA INAUGURÓ SU CURSO ACADÉMICO

El día 7 de octubre, celebró la Sociedad Valenciana de Pediatría la inauguración de su curso académico 1960-61. El salón de actos del Instituto Médico Valenciano se llenó para escuchar al doctor Martínez Estrada, inspector jefe de los servicios sanitarios del S.O.E., encargado de pronunciar el discurso inaugural.

La presidencia del acto la ocuparon el doctor Martí Mateu, presidente del Instituto, con el jefe provincial de Sanidad, doctor Pérez Pardo; el de la Sociedad, doctor José Selfa, directivos e la misma y el profesor Tomás Sala.

El secretario, doctor Cortés de los Reyes, leyó la memoria, en la que es recogida la intensa labor científica y social realizada a lo largo del último curso, algunas de cuyas manifestaciones fueron glosadas después por el presidente, doctor Selfa, sobre todo en lo que se refiere a las relaciones con otras sociedades de Pediatría y las distintas secciones del Instituto Médico Valenciado, con las que vienen celebrándose sesiones conjuntas.

El doctor Martínez Estrada, del cual hizo un cálido elogio el doctor Selfa en su presentación, desarrolló el tema «La Pediatría, en el campo de la seguridad social», con singular maestría y acopio de datos estadísticos, que ponen de manifiesto la importante misión que al médico pediatra le corresponde, como destacado eslabón de la Sanidad española.

La brillante conferencia fue premiada con grandes aplausos, recibiendo el doctor Martínez Estrada muchas felicitaciones y la alabanza del presidente del acto, doctor Martí Mateu.

VIDA MEDICA EXTRANJERA

EL PREMIO NOBEL DE MEDICINA 1960, PARA UN AUSTRALIANO Y UN INGLÉS

El Premio Nobel de Medicina de 1960 ha sido concedido conjuntamente a Sir Mac Farlane Burnet, de Australia, y al doctor Peter Brayan Medawar, de Inglaterra.

Los dos científicos percibirán un premio de 225.986 coronas, por sus experimentos realizados en el campo de la tolerancia a la inmunización.

Los dos vencedores fueron invitados automáticamente para que acudan a Estocolmo a recibir sus premios personalmente, de manos del rey Gustavo Adolfo, el próximo 10 de diciembre.

La labor realizada por los doctores Burnet y Medawar, los dos galardonados, preparan el camino para la trasplantación de órganos dentro de cuerpos humanos. Tales operaciones, técnicamente posibles, eran impedidas anteriormente por la «barrera de inmunidades».

El **doctor Medawar**, de cuarenta y cinco años de edad, es profesor de Zoología y Anatomía comparada en la «University College», de Londres. Cursó estudios en Oxford y fue lector en la Universidad de Harward, en 1949, y posteriormente en la de Nueva York, en 1957. Está casado y tiene cuatro hijos, dos niños y dos niñas.

El **doctor Burnet**, de sesenta y un años de edad, es director del Instituto Walter and Eliza, de Melbourne (Australia), y ha sido profesor de Medicina experimental en la Universidad de Melbourne desde 1944.

Fue lector de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harward, en 1944; de la Universidad de John Hopkins, en 1950; y de la Universidad de Vanderbilt, en 1958. Recibió el título de Sir en 1951.

El doctor Burnet estudió en la Universidad de Merbourne. Está casado y es padre de un niño y dos niñas.

NUEVO PRESIDENTE DE LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL

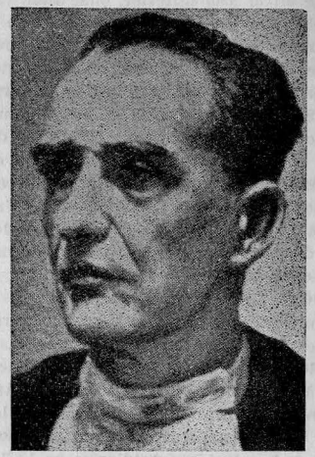
La Liga de Sociedades Internacionales de la Cruz Roja ha celebrado en Ginebra su reunión anual. En ella fue nombrado nuevo presidente, John A. Mac Auley, destacada personalidad científica americana

CONGRESO MÉDICO CATÓLICO

A finales del pasado mes finalizó en Marsella el II Congreso Nacional Francés de los Médicos Católicos, que han estudiado el tema «La conciencia profesional médica y su salvaguarda a través de un necesario control». Los congresistas han convenido que la salvaguarda de la conciencia profesional del médico debe buscarse en la convergencia de una doble preocupación. En primer lugar, debe ponerse remedio al riesgo de deshumanización en una profesión que no debe mirar sólo a obtener ventajas. Por otra parte, no deben desconocerse las relaciones entre el Estado y el individuo. Hay que llevar a las personas el conocimiento de la servidumbre en proporción compatible con una sana conciencia profesional.

EL PROF. DOGLIOTTI, PRESIDENTE DEL COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

En Winnipeg, donde se ha celebrado el Congreso de Cirugía de los Estados Unidos y



el Canadá, fue elegido para la presidencia del International College of Surgeons, durante el próximo bienio, el profesor Aquiles Mario Dogliotti, catedrático de Clínica Quirúrgica de la Universidad de Turín.

IMPORTANTE PUBLICACIÓN SOBRE ENDOCRINOLOGÍA

El «British Medical Bulletin» ha editado recientemente uno de sus números monográficos, dedicado al estudio de la «Glándula tiroides». Este publicación, por el número y calidad de los trabajos, expuestos por los más destacados endocrinólogos sajones, constituye una importantísima actualización sobre estos asuntos, que será leída con fruto por quienes la consulten.

Quienes se interesen por estas materias, pueden dirigirse a «Publicidad Médica Garsi», calle Londres, 45, Madrid-2, quien podrá facilitarle los números que deseen de los llegados a España.

En estas páginas comentaremos oportunamente algunos de estos interesantes trabajos.

ZARAGOZA, 15 DICIEMBRE 1960

BOLETIN INFORMATIVO de Clínica y Laboratorio

VIDA MÉDICA LOCAL

INAUGURACION DEL CURSO EN LA INSTITUCION «FERNANDO EL CATOLICO»

El día 15 de noviembre, en el salón de sesiones de la Diputación, celebró la apertura del curso 1960-61 la Sección de Estudios Médicos Aragoneses de la Institución «Fernando el Católico», bajo la presidencia del doctor Dolset.

Comenzó el acto con la lectura del acta del curso anterior, y seguidamente hizo uso de la palabra el doctor Oliver Rubio, que se refirió a la ciudad francesa de Montpellier y a su famosa Universidad, y a cómo en aquella Facultad de Medicina brillaron notables médicos aragoneses.

Un Centro —dijo el doctor Oliver— que se distinguió por su prestigio y que llegó a tener tanta o mayor fama que la propia Sorbona, de París. Hablar de Montpellier, de cuya Facultad de Medicina fue decano don Juan Falcón, y hablar de este insigne doctor, es hablar de España, de la Medicina francesa y de Sariñena, de donde aquél era natural.

Acto seguido, la presidencia concedió la palabra al doctor don Fernando Zubiri Vidal, que desarrolló el tema «Ensayo biográfico del médico aragonés Juan Falcón», por el doctor don Juan Paulis Pagés, miembro de la Sociedad Francesa de Historia de la Medicina, que no pudo desplazarse a nuestra capital.

Comienza arrancando del nacimiento del médico Juan Falcón, con prolijos e interesantes detalles históricos de Sariñena, lugar de su cuna. Después pasó a la época estudiantil de Falcón, asegurando que vino a Zaragoza atraído por la fama que ya entonces gozaba nuestra Universidad, y en la que consiguió los títulos de licenciado y de doctor. Más adelante relató el viaje de Falcón a Avignon, dando un breve panorama histórico de la época del pontificado de Benedicto XIII y Alejandro VI, citando, asimismo, los esfuerzos de este último por revitalizar la Escuela de Medicina de aquella ciudad. Tras relatar la convalidación de los estudios de Falcón, en 1491, y su entrada en la Universidad de Avignon como doctor agregado, se refirió el conferenciante a la época en que su biografiado enseñó Medicina en Montpellier, poniéndose de relieve el documentado estudio que los autores de la comunicación han realizado del médico Falcón a través de la abundancia de citas históricas y de detalles de la vida profesional y particular del médico aragonés.

Como complemento de este estudio, tan interesante para los amantes de la Historia de la Medicina, presentó el conferenciante una relación cronológica de los discípulos españoles que Falcón tuvo en Montpellier, terminando su disertación con un estudio de la obra de su biografiado, y describiendo, de acuerdo con documentos de la época, la muerte de aquel médico aragonés que tanta fama dio a nuestra Medicina, llevando su saber a Unversidades francesas.

La notable intervención del doctor Zubiri fue ilustrada con interesantes diapositivas de Avignon, Montpellier y de los libros escritos por Juan Falcón.

A continuación se leyó el resultado del concurso convocado por la Institución «Fernando el Católico», para premiar las mejores comunicaciones presentadas en las sesiones clínicas de la S.E.M.A., resultando agraciado con el primer premio el doctor don Rafael Gómez Lus; segundos premios a los doctores Zvonimir P. Matich, Cardona Giral, Paricio Frontiñán, Mozota Sagardía, Rosel Sáez, Ferrer Peralta, Mené y Pelegrín; y tercer premio al doctor García Domingo.

El vicepresidente de la Diputación, doctor Dolset, hizo luego uso de la palabra para expresar el agradecimiento de la S.E.M.A. al doctor Oliver, por la labor que se ha impuesto de dar a conocer —dentro y fuera de Aragón— los más notables valores de la Medicina aragonesa. Felicitó también al doctor Zubiri y al doctor Paulís Pagés (ausente este último), por el documentado estudio presentado acerca del médico aragonés don Juan Falcón, y diciendo que es interesante dar a conocer nombres de esta categoría, que, de otra forma, permanecen en el olvido. Dedicó cariñosas frases de elogio a los doctores premiados y a sus trabajos.

Por último, el doctor Dolset declaró inaugurado el curso 1960-61 de la S.E.M.A.

EL DR. LORIENTE —QUE CUMPLIÓ NOVENTA AÑOS— FUÉ NOMBRADO COLEGIADO DE HONOR, POR SUS RELEVANTES MÉRITOS

Recientemente, en el salón de actos del Ilustre Colegio de Médicos de Zaragoza, tuvo lugar el acto de entrega del título de Colegiado de Honor al médico jubilado, que durante muchos años fue médico titular de Epila y que aquel mismo día cumplía los noventa años de edad, don José Loriente.

Presidió, con el pleno de la junta directiva del Colegio, el jefe provincial de Sanidad, doctor Bravo, y asistieron numerosos amigos, compañeros y familiares del benemérito médico.

En primer lugar, el presidente, doctor Celma Bernal, pronunció unas cariñosas palabras, destacando el espíritu de sacerdocio con que el doctor Loriente había ejercido la profesión, siendo el patriarca de los médicos zaragozanos. Glosó la frase de Cervantes de que la bendición de los ancianos tiene el privilegio de hacer andar mejor las cosas, y advirtió que, a pesar de estar jubilado, el doctor Loriente colabora en el Colegio de Médicos en las secciones de médicos senectos y caja de ayuda mutua, cuya marcha es altamente satisfactoria. Por estas razones ha sido nombrado Colegiado de Honor, título que le entregó entre grandes aplausos.

Cerró el acto con unas emotivas palabras el doctor Loriente, que dijo que no había hecho más que cumplir con el deber de su dilatada vida profesional. Agradeció el preciado galardón que le había sido concedido y que, aun estimándolo superior a sus merecimientos, lo legaría a sus hijos, como el mejor honor de su vida. Manifestó que su aspiración lógica era morir como un buen cristiano, agradeciendo a Dios Nuestro Señor la longevidad que le había concedido.

Terminó repitiendo su gratitud y pidiendo las bendiciones del cielo para el Colegio de Médicos, para sus directivos y, en general, para todos sus compañeros y amigos. Fue muy aplaudido.

EL DR. NERÍN, PROFESOR ADJUNTO DE LA FACULTAD

Recientemente, y después de brillantes oposiciones, ha obtenido la plaza de profesor adjunto de la cátedra de Patología Médica del profesor La Figuera, el doctor don Enrique Nerín Mora.

HERMANDAD SANITARIA DE SAN COSME Y SAN DAMIÁN

La Hermandad Médico-farmacéutica de San Cosme y San Damián, de Zaragoza, se reunió el día 27 de noviembre, en junta general anual reglamentaria, presidida por el doctor Azúa. La sesión fue muy animada, con gran número de intervenciones, muy interesantes, por parte de muchos Hermanos, y demostró la pujanza y vitalidad que esta Hermandad ha tenido siempre y conserva en la actualidad en esta ciudad, principalmente entre el numeroso y creciente grupo de Hermanos médicos, farmacéuticos y odontólogos que la constituyen.

INTERESANTE DISERTACIÓN DEL DR. VICENTE CARCELLER

Dentro del curso sobre «Las fronteras, en la escala de los seres naturales», celebrado en la sala de conferencias del Palacio Provincial, organizado por la Institución «Fernando el Católico», tuvo lugar una interesante conferencia a cargo del doctor don Mariano Vicente Carceller, quien trató con gran competencia el tema «La frontera del nacimiento», siendo muy aplaudido.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA (SECCIÓN DEL EBRO)

El día 24 de noviembre se celebró la sesión científica de esta entidad, en la que actuaron de ponentes el doctor Narciso Piedrafita, sobre «Etiopatogenia y diagnóstico de las hemorragias funcionales», y el doctor Manuel Torrejón, que se ocupó de su «Clínica y tratamiento». Sus trabajos fueron atentamente seguidos y discutidos por los asistentes, en animada mesa redonda. El acto fue presidido por el doctor Luis Giménez González.

INAUGURACIÓN DEL CURSO EN LA SOCIEDAD ARAGONESA DE PEDIATRÍA

El día 10 del corriente tuvo lugar en el salón de actos de la Real Academia de Medicina, la sesión inaugural del curso de la Sociedad Aragonesa de Pediatría, presidida por el jefe nacional de los Servicios de Maternología y Puericultura, doctor don Juan Bosch Marín.

Primeramente el doctor Lorente Sanz, presidente de la nueva Sociedad, hizo historia del nacimiento de la Puericultura en Zaragoza, donde ha tenido siempre notables paladines, desde la figura de San Vicente de Paúl, que cursó aquí sus estudios, hasta nuestros días, y señaló la finalidad y proyectos de la nueva y naciente Sociedad de pediatras.

A continuación el doctor Bosch Marín hizo un notable y acabado estudio de la proyección social de la Puericultura en todos sus aspectos, ilustrando su conferencia con gráficas muy elocuentes.

Ambos oradores fueron muy aplaudidos. Por la noche, los pediatras zaragozanos obsequiaron con un banquete al doctor Bosch Marín.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA

El día 24 de noviembre celebró sesión científico-literaria la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Ocupó la presidencia el doctor don Francisco Oliver Rubio, presidente de la docta Corporación, que sentó a su derecha al vicepresidente de la misma, doctor don Antero Noailles, y a su izquierda al secretario general, doctor don Ricardo Horno. El amplio salón, totalmente ocupado por los señores académicos y un culto y distinguido público.

Abierta la sesión, se concedió la palabra al académico corresponsal doctor don Mariano Vicente Carceller, que dio lectura a su comunicación «Recorrido histórico en torno a los gremios, cofradías y hermandades. Las Hermandades de Médicos y Farmacéuticos de San Cosme y San Damián en Aragón».

Comenzó diciendo que los gremios han sido instituciones de tipo social, cuya vida se perfila a lo largo de la baja Edad Media, como consecuencia del fuerte espíritu corporativo que la caracteriza, conservándose todavía los nombres de Tenerías, Albardería, Cedaceros, Cuchilleros, Aguadores, Predicadores, Infantes, que demuestran la influencia social de los mismos.

Estos gremios tomaron algún santo como protector, y así es como puede decirse que se transforman en cofradías, aunque su función principal no es la religiosa, sino la propia asociación, que obedece a la necesidad de las clases sociales de robustecerse para tomar parte activa en la marcha de la sociedad.

Hace un estudio histórico, verdaderamente interesante, de las cofradías aragonesas y de cuáles eran los primitivos estatutos de las de San Cosme y San Damián de Huesca, Teruel y Zaragoza, dando datos de un gran interés y comentando algunos artículos, preferentemente de carácter médico deontológico.

Terminó su brillante trabajo indicando que la actividad de las cofradías es absorbida por los colegios, y que en 1930 comienzan de nuevo, en casi toda España, las Hermandades de San Cosme y San Damián, promulgándose los nuevos estatutos, que se han adaptado a las necesidades de los tiempos.

Sus palabras fueron acogidas con grandes aplausos.

En esta interesante comunicación intervinieron los doctores Noailles, Zubiri (don Fernando), Rosell, Galán y Oliver Rubio, que apor-

FIGURAS DE ACTUALIDAD



El doctor **Fernando Zubiri**, que desarrolló un notable trabajo, hecho en colaboración con el doctor Paulís, sobre la figura del médico aragonés Juan Falcón, en la sesión inaugural de la Sección de Estudios Médicos Aragoneses.



El doctor **Roncalés Cativiela**, que ha sido designado, por brillante votación, nuevo académico numerario de la Real Academia de Medicina de Zaragoza.



El doctor **M. Vicente Carceller**, que ha pronunciado recientemente unas interesantes conferencias, de carácter filosófico e histórico, en la Institución «Fernando el Católico» y en la Real Academia de Medicina.

taron algunos datos que valorizaron el trabajo presentado por el conferenciante.

A continuación, el secretario general de la Real Academia de Medicina, doctor don Ricardo Horno, dio lectura a una comunicación del académico corresponsal en Pamplona, doctor don Luis del Campo Jesús, que no pudo trasladarse a Zaragoza, trabajo que llevaba por título «Suicidio mediante hacha».

El doctor don Luis del Campo citó en su interesantísima comunicación un caso por él observado en su práctica pericial, como médico forense de Pamplona, en el que se indica, con toda clase de detalles, cómo se produjo la muerte un enfermo mental, valiéndose del hacha, extendiéndose en consideraciones sobre el tipo de lesiones que la determinaron y cuál fue la causa de su muerte.

En este documentado estudio, muy minucioso y detallado —como todos los que él realiza—, pone de manifiesto las distintas lesiones que se pueden producir por este medio contundente, lesiones que son descritas con gran detalle.

La brillantísima conferencia del doctor don Luis del Campo fue largamente ovacionada.

Intervino después el doctor Rey Ardid, quien manifestó que los esquizofrénicos realizan con gran frecuencia su suicidio de una forma original, citando algunos casos que aparecen en la literatura médica, y sobre la manera de efectuarlos.

Terminó la sesión de la Real Academia de Medicina con unas palabras del doctor don Francisco Oliver Rubio, en las que puso de relieve los méritos de las comunicaciones presentadas y felicitó a sus autores.

III CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y PROCESOS AFINES

Se celebrará bajo la dirección del doctor José M. Poal, jefe de la Sección de Reumatología del Servicio, con la colaboración de los doctores del Servicio, y la especial del profesor doctor Brynjulf Strandberg y del profesor doctor Karl M. Walthard.

El curso se desarrollará —del 6 al 25 de febrero de 1961— en la Sección de Reumatología del Servicio de Medicina (doctor A. Rocha), del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, y en el Servicio de Reumatismo del Hospital de la Cruz Roja, de Barcelona.

Las lecciones teóricas se profesarán en el aula «Esquerdo», a partir de las nueve de la mañana, los días señalados.

Las clases prácticas tendrán lugar de once a trece, todos los días, en el Dispensario del Servicio y en el Servicio de Reumatismo del Hospital de la Cruz Roja.

El plazo para la matrícula expirará el día 4 de febrero de 1961.

El número de cursillistas se limitará a veinte, y las admisiones serán por orden de petición.

Cinco de estas veinte plazas serán reservadas para médicos hispanoamericanos.

Terminado el curso se entregará a los señores cursillistas un diploma-certificado de asistencia.

Honorarios de la matrícula: 1.000 pesetas.

Para la inscripción, información y detalles, dirigirse al secretario del curso, doctor Miguel Ramo Morales, calle Consejo de Ciento, 418, Barcelona, o a la Sección de Reumatología del Servicio de Medicina (doctor A. Rocha) del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.

CURSO MÉDICO-QUIRÚRGICO DE CARDIOLOGÍA

En el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas (Clínica de Nuestra Señora de la Concepción, Madrid), del 15 de febrero al 18 de marzo de 1961, se celebrará el presente curso, bajo la dirección del profesor C. Jiménez Díaz, director del I. de I. C. y M., con la colaboración de los doctores Varela de Seijas, Rábago González, Rábago Pardo, Losada Trulock, Beltrán Báguena, J. Gibert-Queraltó, J. Mázquez, E. Rey-Baltar, L. Trías y Bes y otros.

Se dará una conferencia diaria sobre los temas fundamentales de la Medicina y Cirugía cardiológicas.

Se asistirá a las policlínicas y a los departamentos de Electrocardiografía y Fonocardiografía, y a la práctica de los cateterismos cardíacos y técnicas quirúrgicas.

Las prácticas quirúrgicas en las que tomarán parte activa todos los cursillistas quirúrgicos, se realizarán tres días a la semana, operándose dos enfermos diarios.

El número de cursillistas será de seis para la parte médica y tres para la quirúrgica, y se dará preferencia según el orden de solicitud.

La cuota de inscripción será de 4.000 pesetas para el curso médico y de 10.000 para el quirúrgico, siendo los inscritos en este último automáticamente incluídos en el primero.

La fecha de la inscripción comenzará el 1 de enero y se cerrará improrrogablemente el 31 del mismo.

Las solicitudes de inscripción se dirigirán a la secretaría del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas, avenida de los Reyes Católicos, 2, Madrid.

La petición de inscripción deberá ir acompañada de la cuota correspondiente y la secretaría remitirá recibo de la mismo o la devolverá en caso de estar cubiertas todas las plazas al recibo de ella.

VIDA MÉDICA NACIONAL

EL ANIVERSARIO DEL JEFE DEL ESTADO

Su Excelencia el Jefe del Estado ha celebrado su sesenta y ocho cumpleaños. Desde nuestras páginas le enviamos una respetuosa felicitación, y al mismo tiempo le auguramos toda slerte de aciertos en su alta misión política en provecho de la Patria.

Recientemente, en la audiencia especial concedida al presidente del Consejo General de Médicos, el doctor Crespo, que llevaba la representación de toda la clase médica nacional, hizo patente a Su Excelencia los vivísimos deseos de todos los médicos españoles, mostrando su inquebrantable adhesión, gratitud y admiración por las muchas mejoras que el régimen, bajo su dirección, ha deparado a la Sanidad nacional.

HOMENAJE A LOS DOCTORES MARTÍNEZ BORDÍU Y PAZ ESPESO

El día 1, en un céntrico hotel madrileño, tuvo lugar el homenaje al marqués de Villaverde y al doctor Paz Espeso, en que, por iniciativa de los Colegios Médicos de Toledo y Oviedo, se les ofrecieron y entregaron las insignias de la Gran Cruz de Sanidad. El acto fue presidido por el ministro de la Gobernación, don Camilo Alonso Vega.

En nombre de los Colegios hizo el ofrecimiento de las insignias el presidente del Consejo de Colegios, que ensalzó los méritos que han han hecho acreedores a los doctores Martínez Bordíu y Paz Espeso de la Gran Cruz de Sanidad. Les impuso las correspondien insignias el ministro de la Gobernación, quien pronunció unas palabras para ensalzar los merecimientos de ambos, la brillante labor que llevan a cabo en servicio de la Humanidad y su actuación médica, que merece esta distinción.

Los señores Martínez Bordíu y Paz Espeso, este último profesor de la Escuela de Tisiología y enfermedades del tórax, dieron las gracias con sentidas palabras. Asistieron las más distinguidas figuras de la Medicina española.

LA SOCIEDAD VALENCIANA DE PEDIATRÍA INAUGURA SU CURSO ACADÉMICO

El 7 de octubre celebró esta Sociedad la inauguración de su curso académico. En el acto el doctor Martínez Estrada pronunció el discurso inaugural. La presidencia del acto la ocuparon el doctor Martí Mateu y el jefe provincial de Sanidad, doctor Pérez Pardo, y el de la Sociedad, doctor don José Selfa, directivos de la misma y el profesor don Tomás Sala.

INAUGURACIÓN DEL CURSO EN LA ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ASTURIANA

En el paraninfo de la Universidad de Oviedo se celebró solemnemente el día 5 de noviembre la inauguración del curso de la Academia Médico-Quirúrgica Asturiana. En ella pronunció una magnífica conferencia el ilustre oftalmólogo doctor Díaz Caneja, sobre «El espacio visual y su expresión artística.

LA GRAN CRUZ DE SANIDAD, AL MÉDICO JUBILADO DE DAROCA, DR. NAVARRO PABLO

El día 1 del corriente, el Consejo General de Colegios de Médicos, después de ser recibido por S. E. el Jefe del Estado, se trasladó al Ministerio de la Gobernación, para ofrecer la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad al médico forense y titular jubilado de Daroca, don Eusebio Navarro Pablo, que durante sus cincuenta años de vida profesional, principalmente en Daroca, trabajó infatigablemente en la defensa de los intereses profesionales, labor que no ha interrumpido pese a su jubilación, y que ha culminado en la consecución de mejoras a los médicos forenses y a los de asistencia pública domiciliaria.

El acto tuvo singular emoción porque el ministro de la Gobernación hizo un canto al médico que ejerce en el medio rural y destacó la labor abnegada y brillante del doctor Navarro Pablo en Daroca, donde tanto se le quiere.

Por añadidura, hizo que el hijo del doctor Navarro —el ministro de Hacienda, don Mariano Navarro— le impusiera la preciada condecoración sanitaria.

El ministro, recordando los tiempos de su infancia y juventud al lado de su padre, difícilmente podía contener su emoción, que culminó en el acto de imponer la Gran Cruz de Sanidad a su padre, el cual contestó agradeciendo al Cuerpo de médicos titulares las insignias que le ofrecían, y al ministro y todos los presentes su presencia, afirmando que si volviera a nacer, de nuevo abrazaría con todo cariño la profesión médica.

EL DR. MARTORELL, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

La Sociedad Europea de Cirugía Cardiovascular, durante su último Congreso, celebrado en Barcelona, ha nombrado presidente al doctor Fernando Martorell. Esta presidencia dura dos años, por cuyo motivo presidirá el Congreso de Dublín en 1961, y el de Estocolmo en 1962.

SE PROYECTA EN LUARCA UN HOMENAJE AL DR. OCHOA

El doctor don Severo Ochoa, Premio Nobel de Medicina, natural de esta villa, va a ser objeto de un homenaje por parte de sus paisanos.

Se le dedicará un monumento, consistente en una gran bandera, cuya asta y paño serán de hormigón y donde, por un lado, figurará la escena de la entrega del Premio Nobel, y por el otro, la inscripción «Severo Ochoa, luarqués universal».

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESCRITORES Y ARTISTAS

Esta Asociación celebró sesión literaria el día 15 de noviembre, en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, en la que pronunció una notable conferencia el vicepresidente de la Asociación, doctor don Angel Pulido Martín, sobre el tema «Del Colegio de San Carlos al Hospital Provincial». Le contestó, en nombre de la Sociedad, el presidente, doctor Blanco Soler, siendo ambos oradores muy felicitados y aplaudidos.

Después se celebró una cena, que sirvió para reunir a todos en junta general, tomándose importantes acuerdos para el presente curso.

CONFERENCIA SOBRE EL DESCUBRIMIENTO DE LA INSULINA

En la Real Academia de Farmacia pronunció una conferencia sobre «Historia del descubrimiento de la insulina», el profesor Charles H. Best, Premio Nobel de Medicina. Hizo una revisión de todos los intentos llevados a cabo, sin éxito, para aislar el principio activo del páncreas, que culminaron con el descubrimiento de la insulina por parte del doctor Bating y del conferenciante, en el año 1921. Fue un descubrimiento que ha salvado la vida a millones de diabéticos y que valió a sus autores el Premio Nobel.

El doctor Best terminó su disertación con un estudio de las investigaciones en curso con relación a la insulina, que realizan en los institutos de la Universidad de Toronto, que el conferenciante dirige.

VIAJE DEL DR. CASTILLO DE LUCAS A LA ARGENTINA

Por invitación especial del comité ejecutivo del Congreso Internacional de Folklore que se ha celebrado en Buenos Aires durante los días 5 al 10 del actual, marchó a la Argentina nuestro querido amigo y estimado colaborador, don Antonio Castillo de Lucas, quien ha pronunciado en Buenos Aires y otras ciudades argentinas diversas conferencias sobre temas de Medicina popular.

Nos complace extraordinariamente esta distinción a nuestro compañero, que recientemente obtuvo el Premio Internacional de Folklore, por su excelente libro «Folkmedicina», y le deseamos el éxito que merece por su interesante labor divulgadora.

DISTINCIÓN AL DR. OLIVER PASCUAL

En fecha reciente, la Universidal de Burdeos ha distinguido a nuestro ilustre paisano y amigo doctor don Eusebio Oliver Pascual, profesor de la Beneficencia Provincial de Madrid, y destacada personalidad en la vida universitaria española, con el nombramiento de Doctor «Honoris Causa».

APERTURA DEL CURSO DEL SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN, EN MADRID

Acaba de tener lugar la apertura del curso anual en el Servicio de aparato digestivo del Instituto Nacional de Previsión, de Madrid, que dirige el doctor Arias Vallejo.

La sesión de apertura fue presidida por el profesor Hernando; el doctor Bosch Marín, en representación del Instituto; el doctor Carro, vicepresidente de la Real Academia Nacional de Medicina; el doctor Gutiérrez Arrese, secretario de la Sociedad Española de Patología Digestiva, y el doctor Camón Gironza, director del Ambulatorio «Hermanos Aznar», en el que se desarrolla el citado curso.

El doctor Camón Gironza dio la bienvenida a los nuevos cursillistas, médicos jóvenes de las diferentes provincias españolas, que se disponen a completar su formación profesional en este curso de especialización anual que desde hace cinco años viene desarrollándose en el Servicio por el doctor Arias Vallejo y sus colaboradores, con la ayuda de las personalidades más destacadas de la Gastroenterología madrileña.

El doctor Arias Vallejo expuso a continuación la primera lección teórica del curso, ocupándose del diagnóstico del cáncer gástrico, haciendo una revisión crítica de los diferentes medios de estudio de esta frecuente enfermedad, con aportaciones personales muy interesantes.

El profesor Hernando comentó el estado actual de este problema de la Medicina, de extraordinaria importancia para la Humanidad y de enorme interés para los médicos jóvenes por la acuciante necesidad de su resolución. A continuación, declaró abierto el curso, el cual durará hasta finales del mes de junio, integrando en él el curso extraordinario del mes de mayo, con programa intensivo dedicado a médicos españoles y americanos.

Los asistentes al acto aplaudieron largamente a los oradores al final de sus disertaciones.

DE PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

LA SECCION DEL AUTOMOVIL EN 1959

Estamos ya casi en los finales de 1960. Por motivos ajenos no se ha podido celebrar hasta ahora la asamblea anual de nuestra Mutualidad Sanitaria; y a ella se llevan las memorias de las distintas Secciones que la constituyen, para su aprobación si procede. De éstas, una atrae considerablemente la atención de los mutualistas; y no sólo de los que la integran, sino de la inmensa mayoría de los asociados, que la admiran con orgullo: la del automóvil, en la cobertura de los riesgos, daños y siniestros producidos por dichos vehículos. Si las de los años anteriores resultaban interesantes, más pareciera serlo la del pasado.

El aumento de la fabricación nacional de vehículos automóviles, así como el del transporte y el nivel de vida más elevado, han motivado la marcha progresiva y cada vez más creciente de la Sección del Automóvil de la Mutualidad, que ha seguido la línea general de las entidades de este orden. Pero muy destacada: el aumento de vehículos protegidos se ha aproximado a los dos mil; y el total de los inscritos en finales de diciembre último alcanzaba 8.747 vehículos, propiedad de profesionales sanitarios, y constituyendo sus necesarios instrumentos de trabajo.

En siniestros ha disminuído el número total de accidentes, desde luego en corta cifra, que apenas rebasa el centenar, y su índice rebajado de modo destacado, del 72'60 al 56'50 por ciento, por diluirse su número en el mayor de vehículos con los nuevos ingresados. En cambio ha aumentado su coste medio en más de 450 pesetas, de modo algo inexplicable, ya que no marcha de acuerdo con el del coste de vida. Como la importancia del accidente está en relación con su coste, que repercute directamente en la liquidación del ejercicio, se ha estimado conveniente que el asociado conozca la cuantía de la reparación, para que pueda valorar de modo personal sus consecuencias económicas.

El aumento de reservas en el año ha sido insignificante, sin llegar a las 13.000 pesetas. No se considera necesario constituir mayor fondo de 1.100.000 pesetas, mas bien en fondo nivelador porque sólo se destinan a ello pequeños excedentes; sin afán de capitalización, que iría en perjuicio de los actuales mutualistas, para beneficiar a los futuros dentro de unos años.

El reparto del excedente motivó una consulta a los colegios sanitarios, para conocer la opinión de los mutualistas sobre la forma de efectuarlo y sus proporciones. El Consejo General de Colegios Médicos, a la vista de los resultados de la consulta colegial, propugnó por que no deben participar de los excedentes anuales en la misma proporción los asociados que hubiesen originado gastos que los que no los ocasionaron. Las contestaciones recibidas fueron de cuarenta y nueve Colegios.

Los de Farmacéuticos contestaron en mucho menor número —sólo siete— y también en mayoría con el mismo sentido. Los de Veterinarios, sólo contestaron tres, unánimemente. El número de profesionales de ambas clases sanitarias que disponían entonces de automóviles inscritos en la Mutualidad debió motivar el de las respuestas recibidas.

De los odontoestomatólogos no ha contestado ningún Colegio.

A la vista del resultado de la encuesta, el reparto de los excedentes continuará realizándose de conformidad con los acuerdos adoptados, sin perjuicio de estar atentos por si surge la necesidad de variar dicha fórmula con el consenso de la Asamblea.

El abrumador trabajo y las muchas preocupaciones que origina la Sección del Automóvil de nuestra Mutualidad, son llevados con agrado por las grandes e indudables ventajas que reporta a los mutualistas inscritos.

Dr. José Luis Yagüe y Espinosa.

EL DR. GARELLY, GRAN CRUZ DE SANIDAD

Le ha sido otorgada la Gran Cruz de Sanidad al doctor don Ricardo Garelly de la Cámara, médico puericultor del Estado, en Madrid, y vocal del Consejo Nacional de Sanidad.

DONATIVO DE UN RIÑÓN ARTIFICIAL A LA FACULTAD DE MADRID

Recientemente se ha efectuado en Madrid la entrega de un riñón artificial al Servicio de Urología del Hospital de San Carlos. El aparato, donado por el señor Sanchiz Sancho, fue transportado gratuitamente por las Fuerzas Aéreas norteamericanas.

Al acto asistieron, con el donante, el decano de la Facultad de Medicina, señor Velázquez; el catedrático de Urología, doctor de la Peña; el embajador señor Cárdenas, el general Caldaran y el mayor Fawor, de las Fuerzas Aéreas norteamericanas destacadas en España; el doctor Barrios, en representación del ministro de Educación Nacional, y otras personalidades.

Don Alfonso de la Peña y el decano de la Facultad de Medicina pronunciaron sentidas palabras para agradecer el generoso donativo hecho por el señor Sanchiz Sancho.

VIDA MÉDICA EXTRANJERA

EL XXV ANIVERSARIO DE LAS SULFAMIDAS

Acaban de cumplirse los veinticinco años en que el profesor alemán Gerhard Domagk comunicó por primera vez en el «Deutsche Medizinische Wochenschrift» el efecto bactericida de las sulfamidas, iniciando una nueva fase contra las infecciones en la historia de la Medicina moderna.

Hasta 1936, en que Domagk inició sus experiencias, se consideraba casi imposible atacar las bacterias con productos químicos, ya que habían fracasado los intentos de Behring, Ehrlich y Koch. Desde el descubrimiento del «prontosil» se redujeron rápidamente las muertes por sepsis puerperal. Más tarde, en la segunda guerra mundial, las sulfamidas prestaron valiosos servicios, salvando la vida a millares de individuos.

El profesor Domagk conquistó con sus trabajos fama internacional, recibiendo el galardón del Premio Nobel y otras múltiples distinciones, pero no ha cesado en su labor investigadora y ha dado otros preparados que, como el «Neoteben», constituyen uno de los mejores medicamentos en la lucha antituberculosa. Recientemente ha declarado que hay razones para esperar que la quimioterapia permitirá en breve combatir los tumores malignos.

«Clínica y Laboratorio», al recordar este feliz aniversario, envía desde estas páginas una felicitación muy cordial al genial investigador, deseándole una larga y fructífera vida, para bien de la Ciencia y de la Humanidad.

«JORNAL DO MÉDICO» CUMPLE SU VIGÉSIMO ANIVERSARIO

La popular revista portuguesa «Jornal do Médico» acaba de cumplir el XX aniversario de su fundación. En este largo período de su vida ha publicado con toda regularidad casi un millar de números, constituyendo hoy la revista más importante y leída en el mundo entero por los médicos de habla portuguesa. Para conmemorar esta fecha notable de su vida, ha publicado un número extraordinario de cerca de doscientas páginas, con una extensa y selecta colaboración.

Al felicitar a su director, Armando de Pombal, y a sus redactores, deseamos a la notable publicación lusitana una larga y próspera vida, en defensa de los intereses culturales, profesionales y materiales de la clase médica.

SYMPOSIUM SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

La Asociación Española contra el Cáncer, al organizar este symposium, en colaboración con las Academias y Sociedades que en él participan, pretende que esta revisión del problema del cáncer de mama contribuya a poner al día, entre nosotros, los matices más importantes.

Se ocupará de los siguientes aspectos:

1) Bases para una recopilación estadística y clasificatoria del cáncer de mama en España; 2) Diagnóstico precoz del cáncer de mama; 3) Fijación de unas bases esquemáticas, que orienten al médico general sopre la conducta terapéutica a seguir en un paciente de cáncer de mama; 4) Normas para un mejor control de los enfermos de cáncer de mama, de sus recidivas, complicaciones y secuelas.

Con el objeto de que se lleve a cabo una revisión total del tema «Cáncer de mama», las Academias y Sociedades correspondientes encargarán el desarrollo de una ponencia a miembros seleccionados de las mismas, estudiando los siguientes temas:

Real Academia de Medicina: «Clínica y tratamiento del cáncer de mama»; Sociedad Española de Electrorradiología y Medicina Nuclear: «Las radiaciones ionizantes en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama»; Sociedad Española de Ginecología: «Aspectos ginecológicos del cáncer de mama»; Academia Medico-Quirúrgica: «Etiopatogenia del cáncer de mama»; Sociedad Española de Anatomía Patológica: «Morfopatología del cáncer de mama»; Sociedad Española de Endocrinología: «Aspectos endocrinológicos del cáncer de mama».

Cualquier médico interesado por este problema podrá presentar al symposium, para su discusión, cuantas comunicaciones desee, en relación con los temas y ajustándose al tiempo que se señala.

Este symposium comenzará el 16 de enero de 1961. La duración del mismo dependerá del número de las comunicaciones, las cuales deberán estar entregadas en la secretaría de la Asociación Española contra el Cáncer, con antelación al día 31 de diciembre de 1960, para su debida ordenación. No se incluirán en el symposium aquellas comunicaciones cuyos escritos originales no hayan sido previamente entregados. La duración máxima de cada comunicación no será superior a diez minutos. Las comunicaciones podrán ser remitidas a la Sociedad o Academia correspondiente, pero siempre con anterioridad al día 31 de diciembre. Las Academias y Sociedades procurarán que las breves ponencias encomendadas estén dispuestas para su publicación antes del 15 de diciembre de 1960.

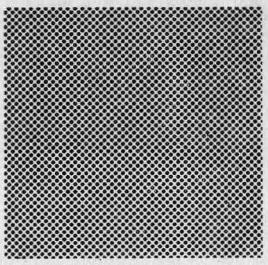
Para cualquier aclaración sobre este symposium, pueden dirigirse al doctor Pérez Modrego, secretario del symposium, Asociación Española contra el Cáncer, plaza de Platerías Martínez, 1, Madrid.



Clínica y Laboratorio

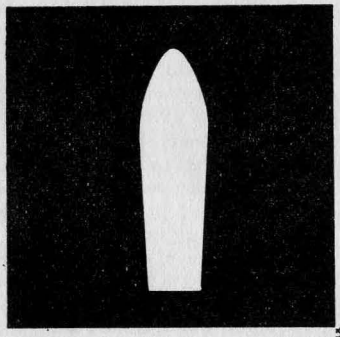
Agradece sinceramente la colaboración prestada a todos los suscriptores, anunciantes y a cuantas personas han cooperado a su edición en el presente año, y al mismo tiempo se complace en desearles unas

Felices Pascuas de Navidad y un próspero Año 1961.



vertipen®

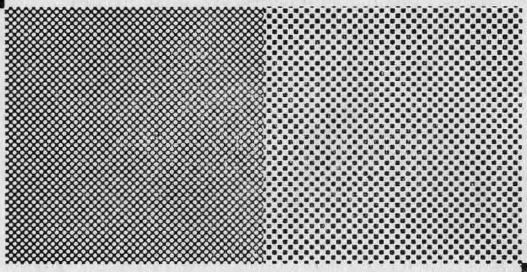
SUPOSITORIOS



Composición por supositorio:

Hidroyoduro de dietilaminoetilbencil-penicilina	200.000 U. I.
Gomenol	0,20 gr.
Eucaliptol	0,20 »
Colesterina	0,10 »
Guayacol	0,20 »
Pentametilenotetrazol	0,10 »
Quinina	0,02 »
Salicilamida	0,25 »
Dimetilaminofenazona	0,10 »

Excipiente adecuado, c. s.



1-2 supositorios por día
Cajas con 4 supositorios

Asociación de

* un antibiótico de acción específicamente bronquial
* una fórmula balsámica equilibrada y moderna
* una completa medicación antigripal y analéptica

Laboratorio Martín Cuatrecasas, S. A. - Barcelona

C. S. N.º .....